WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA I PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTÉRATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

POD REDAKCJĄ DOC. DR E. REICHER

WARSZAWA 1939
NUMER 5
MAJ

WYD. XIII R.

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK, POŚWIĘCONY POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA I PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO
REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN
POD REDAKCJĄ DOC. DR MED. E. REICHER.

ROK XIII. WARSZAWA, MAJ 1939 R. NUMER V.

PRACE ORYGINALNE

Z 2 Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J. P. w Warszawie.
(Dyr. Prof. Dr med. Witold Orłowski).

ZASADY LECZENIA DIETETYCZNEGO CHORÓB NERKOWYCH.

podał
Dr Wacław Markert.

W chorobach nerek tylko w nielicznych przypadkach można leczyć przyczynowo, leczenie farmakologiczne często zawodzi, pozostaje więc leczenie objawowe, które ma na celu dostosowanie chorego do nowych warunków ogólnych i wydzielniczych. Zastosowanie odpowiedniej diety tym chorym jest często jedynym i właściwym postępowaniem leczniczym.

Dieta chorych nerkowych posiada następujące składniki pokarmowe: sól kuchenną, wodę i białko, (a czasami i tłuszcze), których spożywanie, w zależności od rodzaju choroby nerek, ulega większym lub mniejszym ograniczeniom.

Obecność soli kuchennej w pokarmach konieczna jest nie tylko ze względów smakowych, lecz także dla prawidłowego funkcjonowania zdrowego ustroju. Sól kuchenna jest jednym z najważniejszych czynników, regulujących ciśnienie osmotyczne, i jest również czynnikiem, wpływającym na równowagę kwasowo - zasadową oraz na gospodarkę wodną ustroju.

To powinowactwo soli kuchennej do wody występuje bardzo jaskrawo w chorobach nerek. Przypomnę tutaj klasyczne doświadczenia W i d a l a i J a v a l a, którzy w chorobie Brighta wywoływali obrzęki przez zwiększenie zawartości soli w pokarmach, a do znikania ich doprowadzali przez ograniczenie ilości spożywanej soli. Wpływ soli na powstawanie obrzęków jest tak widoczny, że można twierdzić, iż nie ma obrzęków bez równoczesnego zatrzymywania soli w ustroju.

W powstawaniu obrzęków sól odgrywa rolę czynnika raczej usposabiającego niż wywołującego obrzęki, gdyż nawet duże ilości soli, podane człowiekowi zdrowemu doustnie, nie wywołują obrzęków. Obrzęki powstają dopiero wtedy, kiedy naczynia krwionośne i limfatyczne są chorobowo zmienione. W chorobach nerek mamy do czynienia ze zwiększoną zdolnością przenikania płynów z naczyń krwionośnych i limfatycznych i z upośledzeniem wsysania tych płynów z tkanek do krążenia. Sól zwiększa te zaburzenia czynnościowe uszkodzonej ściany naczyń włosowych i szybko przechodzi wraz z wodą do tkanek, tworząc obrzęki. Wydzielanie tych dwóch składników wraz z moczem jest wtedy upośledzone nie z przyczyn niewydolności nerek, lecz jedynie dlatego, że nie dochodzą one w dostatecznej ilości do poziomu nerek. B l u m twierdzi, że sód jest tym składnikiem soli kuchennej, który zatrzymuje wodę w ustroju, natomiast liczne prace późniejsze (L a u d a t, G r a n d s i r e) każą przypuszczać, że zatrzymywa-

nie wody w ustroju i powstawanie obrzęków zależy od całej drobinu ClNa.

Sól kuchenna ma również wpływ na narząd krążenia, a w szczególności na ciśnienie tętnicze krwi. Niejednokrotnie stwierdzano korzystny wynik stosowania diety bezsolnej u chorych nerkowych z nadciśnieniem tętniczym krwi w okresie wydolności nerek, kiedy wydzielanie soli przez nerki nie było upośledzone.

Obecność elektrolitu Na i zdolność soli kuchennej zatrzymywania wody w ustroju wywołują niekorzystny wpływ na krążenie. Zmniejszenie ilości soli w pokarmach pociąga za sobą zmniejszenie ilości płynów tkankowych i krwi krążącej oraz odciąża narząd krążenia.

Wydzielanie soli kuchennej jest utrudnione u chorych nerkowych w okresie niewydolności nerek, wobec czego sól zostaje zatrzymana w ustroju i powiększa jego zdolność obrzękową. W chorobie nerek dojść może również do suchego (bez obrzęków) zatrzymania chloru w ustroju. Bywa to najczęściej w okresie azocicy u chorych będących na diecie mało płynnej. Ten stan hiperchloremii wywołuje u chorych według A m b a r d a duszność, niepokój mięśniowy i psychiczny, a nawet drgawki. Pamiętać również należy, że podawanie soli chorym nerkowym w okresie niewydolności nerek zwiększa kwasicę.

Wymieniłem różne stany w przebiegu chorób nerek, w których sól działa niekorzystnie na ustrój, jednak tego wpływu ujemnego nie należy uogólniać na wszystkie rodzaje chorób nerek. Bezkrytyczne pozbawianie chorych nerkowych soli nie tylko wywołuje liczne objawy przykre, lecz w pewnych przypadkach stać się może nawet groźne dla życia. Niepotrzebne lub zbyt znaczne ograniczenie soli w pokarmach sprowadza u chorych ogólne osłabienie, brak łaknienia, niechęć do spożywania pokarmów, mdłości, bóle głowy, bóle w łydkach oraz bicie serca.

Długotrwały głód chlorowy, który powstaje przy uporczywych wymiotach, przy gwałtownych biegunkach, lub przy długotrwałej diecie bezsolnej u chorych nerkowych, może doprowadzić do poważnych zaburzeń w ustroju, a nawet stać się w pewnych warunkach przyczyną groźnego stanu, jakim jest azocica dechloruracyjna.

Sól kuchenna najprawdopodobniej bierze udział w przemianie białkowej (A n t o n i G l u z i ń s k i, B e n e k e, J e r z y G l a s s). Brak soli w ustroju doprowadza do wzmożonego rozpadu białka z wyzwalaniem licznych wytworów toksycznych przemiany białkowej. Jeżeli zaś wytwory te wskutek zmniejszonej diurezy lub niewydolności nerek nie będą wydzielone z ustroju, to mogą stać się przyczyną powstania mocznicy. Podana takim chorym w odpowiednim czasie sól kuchenna usuwa groźne dla życia objawy.

Woda jest tym drugim składnikiem pokarmowym, który wymaga odpowiedniego dawkowania w chorobach nerek. Woda wywołuje pęcznienie koloidów, jest rozpuszczalnikiem dla soli i krystaloidów, które w postaci rozczynu są rozprowadzane w ustroju i wydzielane przez nerki. Chociaż woda jest głównym składnikiem obrzęków, to z drugiej strony jest również czynnikiem ułatwiającym pracę niewydolnej nerce. Nerki z uszkodzonym układem kłębuszkowym tracą przede wszystkim zdolność dobrego zagęszczania substancji wydzielanych w moczu. Braki w tym kierunku wyrównywują wzmożoną diurezą, a więc wymagają dla swej prawidłowej czynności większej ilości wody. Nie we wszystkich jednak rodzajach chorób nerek podanie większej ilości płynów poprawia diurezę, może natomiast niepotrzebnie zwiększyć zdolność obrzękową ustroju i obciążyć narząd krążenia. Z tego wynika, że podawanie niewłaściwych ilości płynów chorym nerkowym wywołać może przez nadmierne obciążenie narządu krążenia pogorszenie ogólnego stanu zdrowia zamiast spodziewanej poprawy.

Następnym składnikiem pokarmowym, odgrywającym bardzo ważną rolę w dietetyce chorób nerkowych, jest białko. Jest ono niezbędne dla prawidłowego funkcjonowania ustroju jako jego substancja budulcowa. U chorych nerkowych z zajęciem układu kłębuszkowego największym zaburzeniom w wydzielaniu podlegają wytwory przemiany białkowej. W okresie niewydolności nerek gromadzą się one w tkankach, krążą we krwi w zwiększonej ilości i stają się (wraz z innymi składnikami) przyczyną groźnego stanu chorobowego — mocznicy. Dlatego też w tych przypadkach ograniczamy czasami podawanie białka do minimum. Nie wszystkie jednak postaci i nie wszystkie okresy chorób nerek przebiegają z utrudnionym wy-

dzielaniem składników przemiany białkowej. Wobec tego nie należy stosować diety bezbiałkowej lub mało białkowej z reguły wszystkim chorym nerkowym, tym bardziej, że tacy chorzy czują się wtedy gorzej i są mniej zdolni do pracy.

Ostre kłębuszkowe zapalenie nerek przebiega przeważnie z krwiomoczem, nadciśnieniem tętniczym i obrzękami. Zgodnie z panującym obecnie poglądem mamy w tej jednostce chorobowej do czynienia nie ze stanem zapalnym nerki, lecz z zaburzeniem w ukrwieniu tego narządu, polegającym w ostrej postaci kłębuszkowego zapalenia nerek na skurczu czynnościowym naczyń krwionośnych (V o l h a r d), a także ze skurczem drobniutkich naczyń krwionośnych zwłaszcza tkanki podskórnej całego ustroju. W przebiegu tej choroby zagrażają choremu następujące niebezpieczeństwa: 1. ostra niewydolność krążenia wskutek szybko wzrastającego ciśnienia tętniczego krwi; 2. mocznica drgawkowa, która powstaje wskutek czynnościowych zaburzeń w krążeniu, doprowadzających do obrzęku mózgu; 3. mocznica i 4. przejście ostrego stanu choroby w przewlekły. Wobec tego, że na przebieg ostrego okresu choroby mało możemy wpływać leczeniem przyczynowym i farmakologicznym, cały ciężar postępowania leczniczego, który ma na celu ochronę chorego ustroju przed wymienionymi niebezpieczeństwami, poza leczeniem spoczynkowym spada na leczenie dietetyczne.

Jeszcze do niedawna panował wszechwładnie pogląd K a r e l a o stosowaniu diety mlecznej wszystkim chorym nerkowym. Chociaż powiedzenie: „śmierć albo dieta mleczna” wiele straciło na swej aktualności, tym niemniej zespolenie chorób nerek z dietą mleczną tkwi jeszcze głęboko w umysłach wielu lekarzy. W miarę postępu dociekań o istocie chorób nerek wiele musiało się zmienić w dietetyce tych chorób.

Jak już zaznaczyłem, skurcz drobniutkich naczyń krwionośnych w ostrym kłębuszkowym zapaleniu nerek może doprowadzić poprzez następowe zwiększenie tętniczego ciśnienia krwi do tak znacznego obciążenia narządu krążenia, że występują objawy ostrej niewydolności krążenia. Toteż w tym okresie choroby nerek należy chorego traktować jako chorego sercowego, wymagającego przede wszystkim oszczędzania narządu krążenia. Ta zasada powinna być uwzględniona w zarządzeniach dietetycznych. Pamiętać należy, że wypijane przez tych chorych płyny, a więc i mleko, zostają zatrzymane w ustroju na skutek zaburzeń wydzielniczych nerki. Im większa jest różnica pomiędzy ilością wypijanych płynów a ilością oddawanego moczu, tym większe jest obciążenie narządu krążenia i tym większe niebezpieczeństwo powstania ostrej niewydolności. Dlatego pierwszym zarządzeniem dietetycznym w ostrej postaci kłębuszkowego zapalenia nerek z nadciśnieniem powinno być ograniczenie lub też zupełne zaprzestanie podawania płynów.

Drugim niebezpieczeństwem, które może grozić choremu w przebiegu ostrego zapalenie nerek, jest powstanie obrzęku mózgu oraz mocznicy drgawkowej wskutek ogólnej zdolności obrzękowej całego ustroju. To zmusza nas do całkowitego zaniechania podawania takim chorym soli w pokarmach, ponieważ ułatwia ona przechodzenie płynów do tkanek przez czynnościowo zmienione naczynia. W tym okresie choroby, wskutek zwiększonej pobudliwości naczyń krwionośnych, spożywanie każdego pokarmu w ogóle niekorzystnie wpływa na ciśnienie tętnicze krwi, a wszystko co je zwiększa, ułatwia powstanie drgawek. Toteż, aby uchronić chorego przed tą możliwością, najlepiej nie podawać mu nic do jedzenia i jak najmniej do picia, zalecając dietę głodową mało płynną i bezsolną. Wprowadzenie tej diety do lecznictwa zawdzięczamy V o l h a r d o w i, który w ten sposób uchronił wielu chorych przed mocznicą drgawkową, mogącą w swoim przebiegu skończyć się śmiercią.

Następnym niebezpieczeństwem, grożącym choremu w przebiegu ostrego zapalenia nerek, jest mocznica. Temu stanowi chorobowemu towarzyszy zawsze znaczne zmniejszenie albo zupełne ustanie wydzielania moczu. Wytwory przemiany materii, które powinny być wydalone wraz z moczem, zostają wtedy zatrzymane w ustroju i wywołują mocznicę. Ze zrozumiałych powodów należy u takich chorych być bardzo ostrożnym z podawaniem wszelkich pokarmów, podając najwyżej soki owocowe lub roztwory cukru. Jeżeli istnieje obawa mocznicy drgawkowej lub ostrej niewydolności krążenia, to zachodzi czasami

konieczność ograniczania nawet i tych płynów.

Wobec tego leczenie dietetyczne pierwszego okresu ostrego zapalenia narek polegać będzie na stosowaniu diety głodowej bezsolnej z takim ograniczeniem ilości wypijanych płynów, jakiego będzie wymagała zdolność obrzękowa ustroju i narząd krążenia. Taką głodówkę można przeprowadzić w przeciągu 2 do 4 dni i chorzy znoszą ją zupełnie dobrze, nie uskarżając się początkowo nawet na pragnienie. Większość dolegliwości tego okresu choroby jak: silne bóle głowy, duszność, bóle w okolicy nerek, ustępują lub znacznie się zmniejszają już zazwyczaj w czasie głodówki; zmniejszają się również obrzęki oraz poprawia się sen i diureza. Niecierpliwym chorym lub dzieciom można podawać w tym okresie w ciągu dnia łyżeczkami 1 do 2 filiżanek lekkiej herbaty lub limoniady, rozcieńczonego wodą soku z pomarańczy oraz przetarty kompot lub surowe owoce. Podawanie surowych owoców musi być dostosowane do przyzwyczajeń chorego i do stanu jego przewodu pokarmowego. Przy stosowaniu diety głodowej należy pamiętać o regularnym wypróżnieniu. Osiągamy to przez podawanie oleju rycynowego lub soli glauberskiej, która nie wsysa się z przewodu pokarmowego. Po wypróżnieniu chorzy znoszą głodówkę o wiele lepiej. Po kilku dniach diety głodowej podajemy stopniowo pokarmy najmniej obciążające chory ustrój, a więc węglowodany i tłuszcze, których końcowe wytwory przemiany nie wydzielają się przez nerki. Podajemy wtedy herbatę, limoniadę lub soki owocowe z dużą ilością cukru. Jeżeli chcemy powiększyć wartość kaloryczną wprowadzonych pokarmów, wtedy zamiast cukru używamy glukozy, która jest mniej słodka i może być w większej ilości spożywana przez chorych. Ilość wypijanych płynów uzależniamy od stanu narządu krążenia. Podajemy również kasze w postaci kleików i papek, poczynając od kasz najbardziej delikatnych (manna, jęczmienna) z masłem, konfiturami, cukrem, kompotami — wszystko to w niezbyt wielkiej ilości.

Dopiero w miarę poprawy diurezy zwiększamy ilość pokarmów, ograniczając się nadal do węglowodanów i tłuszczów, podając je jakościowo i ilościowo w większym zakresie. Do poprzedniej diety dodajemy lekko strawne jarzyny, więcej masła i cukru.

Dieta, pozbawiona zupełnie białka, nie może trwać u tych chorych dłużej niż kilka dni, gdyż później następuje rozpad białka ustrojowego. Aby uniknąć tego, wprowadzamy białko roślinne w pieczywie, mącznych potrawach, kaszach, jarzynach i mleku.

Im lepsza jest sprawność narządu krążenia, tym mniej potrzebujemy ograniczać ilość wypijanych płynów. Jeżeli nie ma obrzęków, wtedy stopniowo możemy podawać sól w pokarmach. Dajemy wtedy choremu 1 — 3 g soli na dobę do osobistego dosalania potraw, później tę ilość możemy nawet powiększyć.

Z tych rozważań wynika, że dietę, którą dawniej uważano za nie drażniącą i oszczędzającą nerki, obecnie — w myśl poglądów V o l h a r d a — uważamy za oszczędzającą przede wszystkim narząd krążenia. Jeżeli ograniczamy w pokarmach wodę i sól i zmniejszamy lub całkowicie usuwamy białko, to postępujemy tak w celu odciążenia nie tylko nerek, lecz przede wszystkim narządu krążenia z jego nadmiernie pobudliwym układem naczyń krwionośnych. Toteż w dalszym układaniu diety i w ocenie stanu zdrowia mniej będziemy się liczyć z obecnością białka w moczu i krwinek czerwonych lub wałeczków nerkowych w osadzie, natomiast więcej uwagi zwrócimy na diurezę i ciśnienie tętnicze krwi, które jest mniernikiem trwania lub ustępowania skurczu naczyń krwionośnych, lepszego ukrwienia nerek, a wobec tego i nasilenia choroby. Jeżeli ciśnienie krwi spada, obrzęków nie ma, a diureza jest prawidłowa, to nie należy takim chorym zbytnio ograniczać sól i białko w diecie ani ograniczać im płyny, gdyż nerka wydziela te składniki w okresie dobrej diurezy w dostatecznej ilości.

Przechodzimy też stopniowo u tych chorych na dietę coraz obfitszą, lekko strawną, zbliżoną do diety człowieka zdrowego. Utrzymujące się w moczu czasami przez dłuższy okres czasu ślady przebytego zapalenia nerek bez zwiększonego ciśnienia krwi nie powinny być tym objawem chorobowym, któryby już upoważniał do stosowania surowych przepisów dietetycznych.

Pozostaje jeszcze do omówienia przejście ostrego kłębuszkowego zapalenia ne-

rek w stan przewlekły. Utrzymuje się pogląd, że stosując bardzo ograniczoną dietę, można zabezpieczyć chorego od przejścia choroby w stan przewlekły. Jest to najprawdopodobniej przecenianie możliwości, jaką osiągnąć możemy za pomocą leczenia dietetycznego. Volhard w tej sprawie wypowiada się w ten sposób, że żaden błąd dietetyczny w ostrym zapaleniu kłębuszkowym nerek nie może tak zaszkodzić choremu, jak opuszczenie łóżka we wczesnym okresie choroby. O ustąpieniu ostrego zapalenia kłębuszkowego nerek bez przejścia w stan przewlekły decyduje przede wszystkim wczesne rozpoznanie choroby oraz spokój fizyczny chorego w czasie trwania choroby, jak również usunięcie źródła, podtrzymującego stan zapalny w nerkach.

II.

Przechodzę teraz do omówienia przepisów dietetycznych w pierwszym okresie przewlekłego rozlanego zapalenia nerek, to znaczy, w tym okresie choroby, kiedy całkowite usunięcie wszystkich objawów chorobowych jest niemożliwe. Okres ten przebiega z zachowaną sprawnością wydzielniczą nerek, kiedy we krwi nie swierdzamy zwiększonej ilości składników azotowych. Najwłaściwszym postępowaniem leczniczym byłoby usunięcie z ustroju ogniska, podtrzymującego stale stan zapalny w nerkach. Jeżeli to jest niemożliwe, wtedy leczenie polegać będzie na zalecaniu oszczędzającego trybu życia i odpowiedniej diety. Wytyczną leczenia dietetycznego tego okresu zapalenia nerek powinno być jak najdłuższe zachowanie stanu wydolności nerek i jak najdalsze odsunięcie okresu końcowego, czyli okresu niewydolności nerek.

Pierwszy okres przewlekłego rozlanego zapalenia nerek przebiegać może 1° z obrzękami, 2° z przewagą objawów związanych z nadciśnieniem tętniczym krwi i niewydolnością krążenia, 3° bądź też pod taką postacią, w której nie ma obrzęków, a zwiększone ciśnienie tętnicze nie jest znaczne i zbytnio nie dokucza choremu.

Zajmiemy się przede wszystkim trzecią postacią przewlekłego zapalenia nerek.

Dieta takiego chorego — według zdania Volharda — nie powinna się zasadniczo różnić od diety lekko strawnej człowieka zdrowego. Bezcelowe jest stosowanie diety bezsolnej przy braku obrzęków i przy wydolnym narządzie krążenia. To samo dotyczy znacznego ograniczenia płynów. Wykreślenie pokarmów białkowych z diety chorego jest również niekonieczne, gdyż nerka jest czynnościowo wydolna w tym okresie. Można podawać takim chorym raz dziennie mięso lub jaja (można nie robić większej różnicy pomiędzy mięsem białym i czerwonym), poza tym jarzyny, kasze, mleko, mączne potrawy, wszystko miernie słone; ilość płynów nie powinna przekraczać ilości dobowej wydzielanego moczu. Należy jedynie przestrzegać przed spożywaniem bardzo ostrych i słonych potraw, marynat oraz takich pokarmów, które uważa się za szkodliwe w zapaleniu nerek. Do tych zaliczamy chrzan, rzodkiewkę (Noorden), koper, pietruszkę w dużej ilości oraz grzyby (Kakowski). Alkohol, mocna kawa, mocna herbata pobudzają narząd krążenia, dlatego te napoje wykreślamy z jadłospisu takich chorych.

Jeżeli pierwszy okres przewlekłego rozlanego zapalenia nerek przebiega z obrzękami, to celem postępowania dietetycznego jest ich usunięcie. Stosujemy wtedy dietę mało płynną i mało słoną, a nawet bezsolną. Białko zwierzęce ograniczamy tylko dlatego, że łatwiej jest wtedy ograniczyć spożywanie płynów i soli. W przypadku dużych obrzęków zaczynamy od diety jabłkowej lub ziemniaczanej. W miarę zmniejszania się obrzęków podajemy jarzyny, kasze, inne pokarmy węglowodanowe i tłuszcze. Dietę tę stosujemy dopóty, aż osiągniemy bezobrzękową wydolną postać przewlekłego zapalenia nerek.

Ograniczyć musimy dietę tego okresu również w przypadkach, które przebiegają z zaburzeniami w narządzie krążenia. Dbanie o sprawność narządu krążenia w tym okresie jest ważną troską, gdyż niewydolność narządu krążenia może być przyczyną przedwczesnego zejścia śmiertelnego. Usuwamy wtedy sól z pokarmów nie dlatego, aby nie drażnić nerek, lecz jedynie, aby odciążyć krążenie. Dieta mało słona zmniejsza ilość płynów tkankowych i ilość krwi krążącej oraz oszczędza narząd krążenia. Ograniczamy podawanie białka zwierzęcego z tej samej przyczyny, gdyż przeprowadzenie diety mało płynnej przy diecie jarzynowej jest dale-

ko łatwiejsze, niż przy diecie mięsnej. Jeżeli przez zmniejszenie soli i płynów w pokarmach uzyskamy poprawę krążenia, wtedy można już podawać takim chorym pokarmy białkowe. Na ogół należy pamiętać, żeby w przewlekłym zapaleniu nerek w okresie ich wydolności nie męczyć zbytnio chorego zarządzeniami dietetycznymi i nie dążyć do osiągnięcia leczeniem dietetycznym więcej, niż ono dać może. Nie należy takim chorym przepisywać diety wyłącznie mlecznej ani bezsolnej, jeżeli nie ma zdolności obrzękowej ustroju; nie należy również zbytnio ograniczać mięsa w pożywieniu, jeżeli nie ma niewydolności nerek.

Dbałość o sprawny narząd krążenia w tym okresie przewlekłego rozlanego zapalenia nerek jest zadaniem ważniejszym, niż oszczędzanie nerek przez stosowanie diety przykrej i często niewystarczającej (bezbiałkowej i bezsolnej) dla ustroju.

IV.

Zupełnie inne są wskazania dietetyczne w drugim okresie przewlekłego kłębuszkowego zapalenia nerek, a więc w okresie niewydolności nerek, kiedy we krwi stwierdzamy zwiększenie wytworów przemiany azotowej. W tym okresie choroby zwracamy uwagę przede wszystkim na nerki, w których ilość czynnego miąższu wydzielającego mocz staje się coraz mniejsza, a więc możność wydzielania wytworów przemiany materii z ustroju wraz z moczem jest coraz bardziej ograniczona. Nie należy wobec tego obciążać ustroju większą ilością spożywanych pokarmów, niż na to pozwala ograniczona sprawność wydzielnicza nerki, dotyczy to zaś przede wszystkim pokarmów białkowych i soli.

Poza tym pamiętać należy, że chora nerka wyrównywa uszkodzoną swą zdolność zagęszczającą przez zwiększoną ilość wydzielanego moczu. Zwiększenie wydzielania moczu wymaga większej pracy i dobrego ukrwienia nerek, co znowu zależy od sprawnego narządu krążenia. Jeżeli chory nie osiąga tego okresu życia, który mu wyznacza liczba pozostałych czynnych elementów wydzielniczych nerki, to wina w większości przypadków spada na narząd krążenia. Toteż układając dietę takim chorym, powinniśmy ją dostosować do zmniejszonej sprawności wydzielniczej nerek, ale jednocześnie pamiętać, aby nie obciążać zbytnio narządu krążenia.

Należy odróżniać dietę „odtruwającą", stosowaną u chorych w okresie przedmocznicowym, i dietę stałą, przy której chory mógłby dalej żyć i pracować.

Składnikami trującymi, wywołującymi mocznicę wraz z objawami śmiertelnego zatrucia, są wytwory nieprawidłowej przemiany białkowej i gnicia kiszkowego, które zostają zatrzymane w ustroju wskutek niewydolności nerek. Jeżeli mamy chorego w okresie mocznicy, to wtedy próbujemy zastosować dietę „odtruwającą", podając choremu przez kilka dni pokarmy wyłącznie jarzynowe albo stosując dietę jabłkową lub ziemniaczaną bez ograniczenia płynów. W przypadkach o mniejszym natężeniu objawów, wykreślamy na pewien czas zupełnie białko pokarmowe, odżywiając chorego węglowodanami i tłuszczami. Podajemy wtedy surowe owoce lub kompoty z cukrem, owoce gotowane lub pieczone ze śmietaną, jarzyny z masłem, sałatę z cukrem, śmietaną lub oliwą, ziemniaki w każdej postaci z masłem, kleiki z ryżu lub z kasz. Nie podajemy jednak soli w pokarmach. W ten sposób możemy do pewnego stopnia zaspokoić zapotrzebowanie ustroju i zabezpieczyć chorego od rozpadu jego własnego białka. Jeżeli mocznicę wywołała niewłaściwa dieta lub osłabienie narządu krążenia i chory ma jeszcze w nerkach dostateczną ilość czynnego miąższu, wtedy objawy zatrucia ustępują. Dla opracowania dalszej diety należy określić stopień wydolności wydzielania azotu przez chore nerki, a przede wszystkim oznaczyć nadmiar zatrzymanych składników azotowych we krwi. Jeżeli poziom azotu nie przekracza 60 — 70 mg w 100 ml krwi, a więc jest niewiele większy od poziomu azotu pozabiałkowego krwi człowieka zdrowego (40 mg%), wtedy Volhard pozwala jeszcze podawać w pokarmach do 10 g N na dobę. Spożyta ilość azotu powinna być całkowicie wydzielona przez nerki i nie może powiększać zawartości azotu pozabiałkowego we krwi. U osób jeszcze stosunkowo zdolnych do pracy nie ograniczamy nadmiernie pokarmów białkowych w tym okresie chorób nerek, gdyż należy pamiętać, że chorzy, spożywając pokarmy azotowe, czują się psychicznie lepiej i są sprawniejsi w pracy. Jeżeli zawartość

azotu pozabiałkowego we krwi przekracza wymienione granice, wtedy już zazwyczaj nie można myśleć o pracy chorego i w takim razie można ograniczyć białko w pokarmach w znacznej mierze. W tych przypadkach potrzebną ustrojowi ilość białka staramy się podawać w postaci białka roślinnego. Wobec tego dieta u tych chorych będzie się składała przede wszystkim z jarzyn, z dużej ilości węglowodanów i tłuszczu, natomiast będzie uboga w białko i mało słona. Bardzo chętnie podajemy takim chorym mleko, gdyż zawiera ono białko, węglowodany i tłuszcze w łatwo przyswajalnej postaci, jak również dlatego, że w tym okresie choroby nerek nie ograniczamy płynów. Postępujemy tak w tym celu, aby nerki mogły wyrównać swą osłabioną zdolność zagęszczania znaczną ilością wydzielanego moczu. Ilość wypijanych płynów regulujemy ilością spożywannych pokarmów i koniecznością wydzielenia wytworów przemiany materii przez nerki, pozwalając chorym zazwyczaj na wypijanie takiej ilości płynów, jaką wydzielają z moczem.

Dla odciążenia ustroju wprowadzamy raz albo dwa razy na tydzień dni wyłącznie owocowe lub jarzynowe, co korzystnie wpływa nie tylko na nerki, lecz i na narząd krążenia. Z tych samych względów ograniczamy ilość spożywanej soli; niewydolna nerka, obciążona wydzielaniem soli, gorzej wydziela związki azotowe.

Jeżeli pomimo tej diety rozwinie się mocznica, to będzie ona objawem zniszczenia znacznej liczby składników wydzielniczych nerki. Pozostała część nerki nie jest już w możności podołać wydzielaniu trujących składników ustroju. W takich przypadkach wiedza lekarska nie jest w możności odsunąć terminu zbliżającej się śmierci.

V.

Istota ogniskowego zapalenia nerek polega na zajęciu sprawą infekcyjną (bakteryjną lub toksyczną) niektórych kłębuszków nerkowych, bez upośledzenia czynności wydzielniczej nerki i bez zajęcia układu sercowo-naczyniowego. Objawem dominującym w tej jednostce chorobowej jest krwiomocz z obecnością wałeczków w osadzie moczu. W większości przypadków ta postać chorobowa nie wymaga specjalnego leczenia dietetycznego. Wobec dobrej sprawności wydzielniczej nerki oraz prawidłowego układu krążenia, nie ma potrzeby ograniczać w pokarmach białka i soli, i wystarcza stosowanie diety lekko strawnej. Mamy wprawdzie nieliczne przypadki ogniskowego zapalenia nerek, które przebiegają z wtórnym obrzękiem zapalnym nerek i z niedostateczną ilością wydzielanego moczu (V o l h a r d). W tych przypadkach zupełnie nie podajemy chorym białka na czas trwania przejściowej niewydolności nerek.

Niestety, trudno jest czasami odróżnić ogniskowe zapalenie nerek od ostrego rozlanego lub przewlekłego rozlanego zapalenia nerek. Nie mogę jednak tutaj przytaczać szczegółów rozpoznania różnicowego.

VI.

W stwardnieniu naczyń nerkowych (sclerosis renum) istnieją prócz zmian w naczyniach nerki różne zmiany w naczyniach krwionośnych całego ustroju. Odróżniamy dwie postaci stwardnienia naczyń nerkowych: łagodną — przebiegającą z wydolną nerką, i złośliwą — z nerką niewydolną. Chorego z łagodną postacią stwardnienia naczyń nerkowych (nephrosclerosis benigna) należy uważać w leczeniu przede wszystkim jako chorego sercowego, a to ze względu na poważne zmiany w narządzie krążenia, natomiast objawy w moczu, jak białkomocz, obecność krwinek czerwonych, czasami i wałeczków nerkowych, można przyjąć jako skutek niedostatecznego ukrwienia nerki. W leczeniu tej jednostki chorobowej mamy za zadanie: 1. w miarę możności powstrzymywać stwardnienia naczyń krwionośnych, 2. zmniejszyć niebezpieczeństwo istniejącego nadciśnienia, 3. odwlec przejście łagodnej postaci stwardnienia naczyń nerkowych w złośliwą. U tych chorych rzeczą niezmiernej wagi jest wczesne rozpoznanie choroby i rozpoczęcie właściwego leczenia, które musi być przede wszystkim leczeniem dietetycznym. W zarządzeniach dietetycznych w większości przypadków będzie nam chodziło o ograniczenie nie tyle jakości, ile ilości spożywanych pokarmów. W łagodnej postaci stwardnienia naczyń nerkowych staramy się przede wszystkim odciążyć krążenie, gdyż sprawność wydzielnicza nerek w tym okresie jest stosun-

kowo dobra. Uzyskujemy to, stosując dietę mało słoną i mało płynną, nie przekraczającą 2 — 4 szklanek płynów dziennie, wliczając w to zupy i kompoty. Mięso tacy chorzy mogą spożywać raz dziennie w ilości 50 — 80 g, przyrządzone z jak najmniejszą ilością soli. Te ograniczenia soli, wody i białka w diecie są spowodowane również troską o narząd krążenia.

Chorym z objawami stwardnienia naczyń na dnie oka lub z obawą pęknięcia naczyń krwionośnych w mózgu ograniczamy jeszcze więcej spożywanie pokarmów i stosujemy dietę jarzynowo-kaszkową bez soli i bez białka zwierzęcego, gdyż jak wiemy, na diecie jarzynowo-kaszkowej chorzy najmniej odczuwają pragnienie i mniej piją. Tam, gdzie to jest możliwe, stosujemy dietę wyłącznie owocową lub ziemniaczaną. Niejednokrotnie już po kilku dniach stwierdzamy znaczną poprawę w ogólnym stanie chorych. Duszność, bóle głowy, obrzęki ustępują, poczucie chorego znacznie się poprawia, nawet w tych przypadkach, w których nie uzyskano zmniejszenia ciśnienia tętniczego krwi. Pamiętać trzeba, że osoby starsze źle znoszą głodówkę jak również i dietę z surowych owoców. Wtedy stosujemy gęste kompoty, przetarte jarzyny lub dietę K a r e l a w ilości nie przekraczającej 1 litra mleka dziennie w porcjach po $\frac{1}{4}$ szklanki. W miarę poprawy ogólnego stanu zdrowia powiększamy ilość spożywanych jarzyn, dodajemy więcej kasz, pieczywa i mącznych potraw. U takich chorych można przeprowadzić kurację Schrotha, która polega na tym, że chorzy całymi tygodniami jedzą czerstwe pieczywo i kasze na gęsto z małą ilością soli, przy czym 1-go dnia zupełnie powstrzymują się od picia, 2-go wypijają $\frac{1}{2}$ litra słabego wina (w naszych warunkach można podawać herbatę), 3-go dnia mogą wypić nawet 1 litr wina, i tak na zmianę.

Ażeby uzyskać dobre wyniki leczenia dietetycznego, należy jak najwięcej ograniczyć spożywanie soli w pokarmach. Trudność przeprowadzenia diety bezsolnej polega przede wszystkim na odpowiednim doborze potraw i na ich przyrządzeniu. Brak soli w pokarmach możemy zastąpić różnymi przyprawami, poprawiającymi smak potraw, jak kminek, pietruszka, cebula, musztarda bezsolna i t. p. Zarówno lekarz jak i kucharka muszą włożyć pewien trud w układanie i przyrządzanie potraw, chorzy natomiast powinni okazać dużo dobrej woli, aby świadomością poprawy swego stanu zdrowia pokryć braki smakowe pokarmów. Dobre wyniki leczenia dietą bezsolną zależą nie od oszczędzania nerek, które w tym okresie stwardnienia naczyń nerkowych wydzielają sól zupełnie prawidłowo, lecz przede wszystkim od odciążenia krążenia przez zmniejszenie ilości płynów. W miarę poprawy krążenia i zmniejszenia ciśnienia krwi podajemy chorym do własnego użytku 1 — 5 g soli dziennie, zwiększamy ilość wypijanych płynów do 4 szklanek dziennie, pozwalamy również na spożywanie potraw mięsnych.

Leczenie dietetyczne złośliwej postaci stwardnienia naczyń nerkowych (nephrosclerosis maligna) ma niestety mniejsze szanse powodzenia. W tym okresie choroby mamy do czynienia nie tylko z przeciążonym narządem krążenia, często już w okresie rozpoczynającej się niewydolności, lecz również z niewydolną nerką z objawami zbliżającej się mocznicy. Zasadniczą dietą w tym okresie jest dieta bezsolna z ograniczeniem białka i to nie tylko ze względu na narząd krążenia, jak w poprzedniej postaci stwardnienia naczyń nerkowych, lecz przede wszystkim ze względu na nerki. Postępowanie dietetyczne układać się będzie podobnie jak w III-im okresie przewlekłego rozlanego kłębuszkowego zapalenia nerek, przebiegającego z niewydolną nerką. Ważnym zagadnieniem w tym okresie choroby jest wyznaczenie ilości płynów. Lekarz musi rozstrzygnąć, czy odciążyć krążenie i utrudnić pracę nerkom przez zmniejszenie ilości wypijanych płynów, czy też odwrotnie, ułatwić pracę niewydolnej nerce, a obciążyć narząd krążenia przez dodanie większej ilości płynów. Dokładne zbadanie chorego najczęściej daje wskazówki do obciążenia tego narządu, który jest sprawniejszy. Najczęściej wybieramy drogę pośrednią, stosując dietę bezsolną, mało białkową lub bezbiałkową, przeplataną dniami suchymi (naprzemian z dniami z mniejszym lub większym ograniczeniem wypijanych płynów).

VII.

Przechodzę obecnie do omówienia leczenia dietetycznego nerczyc. Mamy tutaj

do czynienia ze znacznym zmniejszeniem białka krwi, z zaburzeniami w przemianie tłuszczowej i lipoidowej ustroju oraz z uszkodzeniem ściany naczyń krwionośnych w sensie zwiększonej zdolności przepuszczania płynów do tkanek, mamy również wzmożoną zdolność obrzękową całego ustroju przy prawidłowej czynności układu sercowo-naczyniowego i prawidłowej zdolności wydzielniczej nerek. Zadaniem postępowania leczniczego w tej jednostce chorobowej jest zwalczanie obrzęków przez możliwie największe utrudnienie przechodzenia płynów z krążenia do tkanek.

Schematem diety nerczycowej będzie wobec tego dieta mało słona i mało płynna. Im większe obrzęki, tym więcej należy ograniczyć podawanie soli w pokarmach, do tego stopnia, aby chory wydzielał w dobowej ilości moczu nie więcej niż 1 g Na Cl. W miarę poprawy stanu ogólnego i ustąpienia obrzęków zmniejszamy surowość diety bezsolnej. Wiemy jednak, że ustrój może zatrzymać nawet kilka litrów płynu bez zjawienia się obrzęków. Toteż o zdolności obrzękowej ustroju wnioskować będziemy z dużych wahań wagi chorego, sprawdzanej codziennie.

Trudność stosowania diety bezsolnej lub mało słonej polega na przyrządzaniu potraw smacznych, a jednak bez soli. Nerczyca należy do chorób długotrwałych, ciągnących się miesiącami a nawet latami. W przepisach dietetycznych należy zwrócić baczną uwagę na wybór, różnorodność i przyrządzanie potraw, aby utrzymać na odpowiednim poziomie siły i dobre poczucie chorego. Chorym, którzy lubią potrawy słodkie, łatwiej jest wtedy dogodzić niż tym, którzy są przyzwyczajeni do słonych i ostrych potraw. Mdły smak potraw poprawiamy wtedy przyprawami korzennymi i warzywami, dodając kminek, anyżek, mak, pietruszkę, koper, cebulę, chrzan, szczypiorek, sok gorczycy, ocet, cytrynę, goździki i cynamon. Nie należy zbytnio obawiać się zadrażnień nerek tymi przyprawami. R o s e n b e r g podawał takim chorym do 2 g pieprzu w opłatkach i nie spostrzegał objawów niekorzystnych. Podajemy dużo jarzyn, przyrządzamy potrawy zaprawiane kwaśną śmietaną, oliwą, octem, cytryną itp. Wobec tego, że sprawność wydzielnicza nerek nie jest upośledzona w nerczycy, podajemy białko w postaci jaj, a nawet mięso. Najchętniej podajemy wtedy ryby (z wyjątkiem ryb morskich) lub mięso białe, gdyż łatwiej jest je przyrządzić bez soli niż mięso czerwone. Chorzy nerczycowi tracą wraz z moczem dużo białka, wobec czego ilość podawanego białka w pokarmach powinna wyrównywać powstałe w ten sposób braki. Nie potrzeba jednak bardzo przekarmiać takich chorych pokarmami białkowymi. Na podstawie badań, dowodzących, że tłuszcz, który nacieka zwyrodniałą nerkę, zamienia się pod wpływem cholesteryny w ciała dwułomne, Ł a w r y n o w i c z radzi nie podawać tłuszczów w nerczycach, mianowicie żółtka, śmietany, móżdżku. Choć nie wszyscy badacze zgadzają się z tym zapatrywaniem, tym niemniej jednak nie podajemy takim chorym tłustych pokarmów.

Ilość wypijanych płynów regulujemy rozmiarem obrzęków lub zdolnością obrzękową ustroju, zazwyczaj radzimy chorym wypijać ilość płynów równającą się dobowej ilości moczu.

W tym okresie nerczycy, kiedy ona przebiega z niewydolnością nerki i ze wzmożeniem składników azotowych we krwi, nie ograniczamy ilości wypijanych płynów, lecz musimy natomiast ograniczyć ilość podawanego białka w pokarmach. Na ogół postępowanie dietetyczne jest wtedy podobne do tego, które stosuje się w przewlekłym zapaleniu nerek w okresie niewydolności.

VIII.

Podane wskazówki dietetyczne w przypadkach nerczycy nie dotyczą ostrych nerczyc zwyradniających (po otruciach sublimatem, dwuchromianem potasu, związkami bizmutu itp.). W tych przypadkach chorzy najczęściej wymiotują i trudno dają się namówić do jedzenia. Jeżeli wtedy można mówić o jakiejś diecie, to należy przede wszystkim myśleć o mleku, które tacy chorzy najczęściej spożywają, można również podawać kleiki z kasz lub z ryżu. Natychmiast po zatruciu sublimatem podajemy dużo białka z jaj, aby unieszkodliwić jego działanie przez utworzenie białczanu rtęci, nie ulegającemu wessaniu w przewodzie pokarmowym. W późniejszych okresach, kiedy diureza się zmniejsza, nie stosujemy pokarmów białkowych ze zrozumiałych powodów. Dieta takich chorych

zmienia się z dnia na dzień w zależności od przebiegu choroby.

W nerczycach zwyrodniających nie należy ograniczać podawania soli, tak jak to czynimy w innych przypadkach nerczycy. U takich chorych, z powodu ciągłych wymiotów dojść może do zubożenia chloru w ustroju i wskutek tego do utrzymywania się azocicy (dechloruremii) pomimo rozpoczęcia się diurezy. Podana w odpowiednim czasie sól kuchenna (doustnie lub nawet dożylnie) ratuje takim chorym czasami życie.

Co się tyczy ostrych nerczyc, spowodowanych chorobami zakaźnymi, to te zazwyczaj nie wymagają innego leczenia dietetycznego niż zasadnicza choroba.

IX.

Pragnę jeszcze omówić choć w zasadniczych zarysach praktyczne wykonanie pewnych diet, gdyż niejednokrotnie lekarz musi nie tylko wyznaczyć pewną dietę, ale i pouczyć osoby pielęgnujące chorego, jak przepisane potrawy należy przyrządzać. Przy wyborze potraw dla chorych nerkowych musimy znać zarówno wartość ciepłostkową substancyj spożywanych jak i zawartość w nich białka i soli. W tym celu w klinice posiłkujemy się tablicą, wziętą z książki prof. Witolda Orłowskiego: „Normy żywienia chorych”, z której wybrałem najczęściej używane pokarmy.

Dieta ziemniaczana (Salomona) polega na kilkakrotnym podawaniu w ciągu dnia po 200 g ziemniaków w dobrym gatunku, gotowanych w łupince (kartofle w mundurkach), w wodzie bez soli. Przy tej diecie albo zupełnie nie podajemy płynów do picia, albo też pozwalamy dodatkowo wypić 1 do 2 szklanek lekkiej herbaty lub rozcieńczonego soku owocowego. Dietę jabłkową przeprowadzamy w ten sposób, że podajemy chorym w 5 porcjach 1 do 1½ kg dojrzałych i obranych jabłek, pokrajanych w kawałki, ciężko chorym zaś podajemy jabłka utarte na tarce (szklanej).

Pewnej staranności i umiejętności w przyrządzaniu potraw wymaga dieta bezsolna. Odróżniamy dietę bezsolną lub mało słoną z ograniczeniem białka w potrawach, jaką stosujemy w chorobach nerek z zajęciem układu kłębuszkowego i z zaburzeniami w wydzielaniu składników azotowych, oraz dietę bezsolną lub mało słoną bez zbytniego ograniczania białka, jaką przepisujemy w przypadkach z zajęciem układu kanalikowego, w których nie ma trudności w wydzielaniu wytworów przemiany białkowej. Za ścisłą dietę bezsolną uważamy taką, która zawiera mniej niż 2,5 g soli kuchennej, za łagodną dietę bezsolną — z zawartością soli od 5 — 10 g. Uzyskamy tylko wtedy dobre wyniki stosowania diety bezsolnej, kiedy będziemy mogli ją przeprowadzić z całą dokładnością i umiejętnością w przyrządzaniu potraw.

Na ogół łatwiej zastosować ją w warunkach klinicznych niż w domu chorego. Przez miano „dieta bezsolna” nie należy rozumieć diety zwykłej, przyrządzonej bez soli. Z diety bezsolnej należy usunąć wszystkie pokarmy,zawierające dużo soli, której używa się czasami do konserwowania pokarmów, a więc wędzone i peklowane mięso, ryby morskiej, konserwy mięsne i rybne, kiełbasy, wyciągi mięsne, sery, mleko (1,6 g Na Cl na litr). Chleb i pieczywo powinny być przyrządzone bez soli. W tym celu można w warunkach domowych upiec bułkę pszenną na drożdżach bez soli, a dla poprawienia smaku dodać kminku. Masło w najlepszym gatunku nie powinno zawierać soli, jeżeli zaś mamy masło lekko solone, to dla pozbycia się soli należy je jeszcze raz przerobić w wodzie. Jarzyny w dobrym gatunku powinny być zawsze świeżo przyrządzane i nie odgrzewane. Można je podawać w postaci surówek z owocami. Aby poprawić smak przyrządzonych jarzyn bez soli, podajemy je nie w postaci gotowanej, lecz duszonej z małą ilość masła. Są one wtedy smaczniejsze i nie tracą swych soli potasowych, które działają moczopędnie. Selery, wobec znacznej zawartości w nich soli, powinny być używane ostrożnie. Z tej samej przyczyny nie podajemy bananów. Nie zalecamy również picia wód mineralnych zawierających NaCl. Jako środka przeczyszczającego, zamiast soli morszyńskiej, używamy soli gorzkiej (magnesium sulfuricum), która nie wsysa się w przewodzie pokarmowym.

Dieta bezsolna i mało białkowa jest to przede wszystkim dieta owocowo - jarzynowa i kaszkowa, a więc zawierająca dużo owoców (bez bananów), zup owocowych,

Skład głównych pokarmów w % wg. „Normy żywienia chorych" (prof. W. Orłowski), obliczony na produkty surowe (w wagę mięsa wchodzi 15% kości).

Pokarmy	Białka	Węglowodanów	Tłuszczów	Soli kuchennej	Wartość kaloryczna
	gramów				
Mleko	3,5	4,5	3,55	0,16	65
Śmietanka	3,76	4,24	22,66	0,13	244
Masło nie solone	1	0,5	81	0,02	750
Twaróg	23,7	5	32,5	0,18	420
Ser Szwajcarski	23,7	5	32,5	2	420
Wołowina	18,6	—	0,8	0,085	83
Cielęcina	16	—	0,7	0,11	72
Szynka	25	—	8	5	178
Mąka pszenna	10	74,75	1	0,005	350
Ryż	6,5	76,87	0,3	0,01	353
Grysik	11,15	76	0,74	0,06	369
Krupy jęczmienne	11,38	71,22	1,53	0,04	353
„ perłowe	7,25	76,2	1,14	—	351
„ krakowskie	8,85	74,22	1,54	—	354
„ hreczane	7,25	76,19	1,15	0,05	353
Mąka kukurydziana	9,65	69,55	3,8	0,02	360
Sago	1,18	82,13	0,06	0,19	342
Mąka owsiana	13,5	65	7,5	0,16	395
Chleb z mąki pszennej	7	56,6	0,5	0,004	265
Sucharki	8,5	75	1	0,0049	352
Groszek młody	6,35	12	0,53	0,06	80
Fasola stara	25,31	48,33	1,68	0,09	318
Fasolka młoda str.	2,72	6,6	0,14	0,09	39
Fasolka młoda szpar.	1,79	2,63	0,25	0,05	20
Kalafiory	2,48	4,55	0,34	0,05	32
Sałata	1,5	2,19	—	—	18
Kalerepa	1,54	8,22	0,21	0,08	42
Ziemniaki	2,08	21	0,15	0,06	96
Marchew	0,7	8,9	0,4	0,016	44
Kapusta kwaśna	1,48	2,86	0,7	0,73	24
„ świeża	3,99	11,63	0,9	0,03	72
Szpinak	3,5	4,4	0,58	0,17	38
Jabłka	0,36	12	—	—	51
Śliwki świeże	0,78	11,07	—	0,003	52
„ suszone	2,25	62,32	0,49	—	269
Rodzynki	2,4	62,04	0.59	0,16	270
Cukier	—	100	—	0,049	410
Proszek kakao	24,8	34	27	—	480
Czekolada	6,18	67,67	21,02	0,07	498
Jajka kurze, 1 szt.	5,65	0,25	5,45	0,14	75
Żółtko jaja kurzego	2,58	0,08	5,02	—	58
Cytryna, 1 szt.	0,8	7,6	0,6	0,04	40

soków owocowych, surowych lub gotowanych kompotów owocowych, surówek jarzynowych, sałatę, kalarepkę, marchew, buraczki, brukselkę, kartofle, później kasze i ryż. Przy diecie bezsolnej podajemy do potraw lub niezależnie od nich, dużą ilość cukru. Chorym, którzy niechętnie spożywają potrawy słodkie, można zamiast cukru podawać glukozę, która ma tę samą wartość ciepłostkową, jest jednak o połowę mniej słodka, a więc można ją w większej ilości dodawać do potraw, kompotów lub soków owocowych. Zalecając spożywanie większej ilości cukru, mamy na celu nie tylko zwiększenie wartości odżywczej diety bezsolnej, gdyż według Straussa cukier wpływa hamująco na procesy gnicia kiszkowego, między innymi również na tworzenie się indoksylu. Poza tym cukier poprawia łaknienie, które zmniejsza się u chorych pozostających na diecie bezsolnej. W celu zwiększenia wartości odżywczej tej diety dodajemy tłuszcze w postaci masła, śmietany, oliwy i żółtek. Do poprawy smaku potraw używamy sosów, dodając sok z cytryn i z pomidorów, oliwę, śmietanę, roztarte żółtko i szczypiorek. Można również dodać kilka kropel (do 10 dziennie) wyciągu płynnego Maggi, który zawiera 16,6% soli (Strauss). Zawartość soli w tych kilku kroplach jest minimalna, a jednak poprawia smak potraw. Zamiast mleka, które zawiera 1,6 g soli na litr, używamy mieszaniny, przyrządzonej ze śmietany i takiej samej lub podwójnej ilości wody przegotowanej. Stosunek zawartości soli do zawartości ciepłostkowej tej mieszaniny najlepiej charakteryzuje następujące zestawienia: ¼ litra 10% śmietany zawiera 0,325 g NaCl i 310 ciepłostek, tymczasem ½ litra mleka zawiera 0,800 g NaCl i 325 ciepłostek. Dopełniając ¼ litra śmietany taką samą ilością wody, otrzymujemy płyn o tej samej ilości ciepłostek i o 2,5 razy mniejszej zawartości soli. W ten sposób przyrządzona mieszanina jest bardzo wygodna jako dodatek do diety bezsolnej. Ilość spożywanego białka powiększamy tym chorym, dodając na początku twaróg, który można samemu przyrządzić ze zsiadłego mleka.

Dieta bezsolna lub mało słona bez ograniczenia białka będzie podobna do poprzedniej, jednak zawierająca więcej pokarmów białkowych, takich jak kasze, twaróg, jaja, a nawet mięso i rybę. Przyrządzić bez soli jest łatwiej mięso chude i białe niż czerwone. Przez zagotowanie i odlanie pierwszej wody możemy zmniejszyć zawartość soli w mięsie i rybie i podać je w postaci smażonych kotletów lub na zimno, zaprawione sosem. Wobec tego, że tę dietę stosujemy najczęściej w nerczycach, zamiast soli można używać różnych przypraw, o których wspomniałem już poprzednio. Dobrze przyrządzone i odpowiednio dobrane potrawy nie wymagają zazwyczaj namiastek soli.

W ten sposób ułożone diety będą wywierały swój wpływ leczniczy, nie osłabiając chorego i nie będąc dlań przykre.

Wytyczne postępowania dietetycznego w chorobach nerek zakończę zdaniem, wypowiedzianym przez p. prof. Witolda Orłowskiego na jednym z kursów dokształcających, że: „dociekania naukowe przedłużyły i ułatwiły życie chorych, utrudniły natomiast pracę lekarzy, którzy muszą zerwać z szablonowym traktowaniem chorób, a przejść do leczenia indywidualnego".

STRESZCZENIA

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

O stanie kurczowym drobnych tętniczek w przebiegu niewydolności krążenia. (Le spasme artériolaire dans l'insuffisance cardiaque). Wasembourg, Linquette, Ravaut.

La Presse Méd., Nr. 96, 1938.

Sprawa patogenezy i mechanizmu niewydolności krążenia rozbija się na dwa zasadnicze zagadnienia, dotyczące: 1) pracy serca, 2) zachowania się naczyń obwodowych.

Dokładne badanie naczyń krwionośnych nabiera coraz większego znaczenia.

Celem badań, przeprowadzonych przez autorów, było stwierdzenie zachowania się drobnych tętniczek i naczyń włosowatych w przebiegu niewydolności krążenia.

Chodziło o wyjaśnienie sprawy obecności lub braku stanu kurczowego tej części krążenia obwodowego.

Sprawdzianem dla rozstrzygnięcia tego zagadnienia jest w omawianych badaniach odpowiedź układu drobnych tętniczek i naczyń włosowatych na bodźce wywołujące rozszerzenie naczyń, którymi są: ciepła kąpiel, śródskórne wstrzyknięcie 1/10 cm 1% roztworu chlorku histaminy oraz wstrzyknięcie acetylcholiny.

W wyniku badań przeprowadzonych u 64 chorych na serce w okresie wydolności oraz różnego stopnia niewydolności krążenia, autorzy doszli do dosyć wyraźnych wniosków.

Traktując jako prawidłowy odczyn po śródskórnym wprowadzeniu histaminy — zaróżowienie skóry w obrębie 25 cm, stwierdzono u chorych na serce skłonność do zmniejszonego odczynu naczyniowego. Przestrzeń zaczerwienienia skóry była tym mniejsza, im dalej posunięta była niewydolność krążenia. Wstrzyknięcie acetylcholiny wywołuje u ludzi zdrowych zaczerwienienie skóry na przestrzeni 15 cm. I tu również spostrzeżono zależność rozmiarów odczynu od stopnia niewydolności krążenia, natężenie odczynu bowiem zmniejszało się równolegle z pogarszaniem się stanu niewydolności krążenia, ulegało natomiast zwiększeniu w miarę poprawy stanu chorego.

Wyniki niniejszych doświadczeń świadczyć mogą o pewnego stopnia stanie kurczowym drobnych tętniczek oraz naczyń włosowatych w przebiegu niewydolności krążenia.

W niektórych przypadkach niewydolności krążenia fakt istnienia tego stanu kurczowego wydaje się wytłumaczony; dotyczy to mianowicie: 1) przypadków jednoczesnego ostrego gośćca stawowego, który, jak wiemy, wywołuje zaburzenia w zakresie układu nerwowo - roślinnego, 2) chorych ze znacznie posuniętą miażdżycą tętnic, 3) chorych z poprzednio notowanym nadciśnieniem tętniczym.

Zastanawiając się nad patogenezą stwierdzonego stanu kurczowego drobnych tętniczek i naczyń włosowatych, autorzy stwierdzają, że może on występować na tle zaburzeń równowagi układu nerwu współczulnego i błędnego, zmian w gruczołach wydzielania wewnętrznego lub też zmian składu chemicznego krwi. Który z tych czynników odgrywa w omawianym zjawisku najważniejszą rolę, nie da się narazie rozstrzygnąć.

Badania anatomiczne i czynnościowe układu nerwowo-roślinnego nie dają podstaw do stwierdzenia stałych jednolitych zaburzeń w ich działaniu. Zmiany w gruczołach wydzielania wewnętrznego zdarzają się bardzo rzadko. Zaburzenia chemizmu tkanek i płynów tkankowych w niewydolności krążenia są tak duże i wielokierunkowe, że trudno rozstrzygnąć, który ze składników odgrywa decydującą rolę.

W wyniku wszystkich tych rozważań stwierdzić trzeba, że w niewydolności krążenia istnieje stan kurczowy drobnych tętniczek i naczyń włosowatych. Zjawisko to nie jest wyrównawczym odczynem obwodu, lecz stanowi przeciwnie dużą przeszkodę dla i tak niewydolnego serca.

Ze spostrzeżeń tych wynika wskazanie lecznicze do stosowania w niewydolności krążenia środków przeciwkurczowych dla naczyń, do których należą: acetylcholina, genatropina, wstrzykiwania podskórne dwutlenku węgla, aminofilina, papaweryna, a nawet morfina.

Ropień płuca a zapalenie nerek. (Abscès du poumon et néphrite). P. Carnot, Girard, Glomaud, Lavergne.

Paris Médical, nr. 49, 1938.

Autorzy podają opis dokładnie zbadanego przypadku zapalenia nerek u kobiety z ropniem płuca.

Chora lat 54, od dzieciństwa cierpiała często na nieżyty oskrzeli. Od 22 roku życie odpluwała w bardzo dużej ilości (jakoby wymiotując) ropną plwocinę. W 35 roku życia odoskrzelowe zapalenie płuc w ciągu 2 miesięcy. W 41 roku ż. zapalenie opłucnej lewostronne. W 49 r. ż. pełny obraz ropnia płuca o bardzo ciężkim przebiegu, z wysoką gorączką, szybkim wytworzeniem się jamy, która utrzymała się aż do śmierci (4 lata).

Objawy choroby nerek pojawiły się u tej chorej w 49 roku życia, tj. jednocześnie z ropniem płuc (przedtem w okresie ciąży i porodu 20 lat wcześniej miała białkomocz i obrzęki). Stwierdzono u niej wtedy duży białkomocz z obecnością wałeczków. Przed samą śmiercią, tj. po 4 latach choroby nerek, próba czerwieni Kongo wypadła u tej chorej dodatnio, t. zn. wykazała skrobiawicę.

Historia tej choroby wykazuje ze strony płuc wyraźne objawy ropnia. Plwocina była cuchnąca, obfita. Jej dokładne badanie chemiczne dało wynik następujący: białka — 17,5%, albumin 7,7, globulin 4,1, białek zasadowych 5,7, A/G — 1,8.

Rentgenologicznie stwierdzono u podstawy prawego płuca jamę.

Ciśnienie tętnicze krwi niskie, próba Kongo ujemna.

Po trzech latach chora zgłosiła się do szpitala po raz drugi z gorączką, ze znacznymi obrzękami, dużą wątrobą i obfitym odpluwaniem plwo-

ciny. Badanie chemiczne plwociny wykazało tym razem: Białka 13,3%, A 1,11%, G 12,2%, A/G 0.091.

Drugie badanie: B 15.05, AO 69%, G 14,3, A/G 0,048%. W moczu zaś B 22,3%, A 8,8%, G 13,3%, A/G 0.67.

Badanie chemiczne surowicy krwi wykryło teraz: B 59,48%, A 16,61%, G 42,87% A/G 0.389, Lipoidów 4,20%.

A więc wykryto hypoproteinemię ze szczególnie zaznaczoną hypoalbuminemią. Próba Kongo wypadła teraz dodatnio. Nakłucie wątroby potwierdziło rozpoznanie skrobiawicy, tak samo jak i pośmiertne nakłucie nerki. Chora zmarła bez objawów mocznicy. Badania sekcyjnego nie wykonano.

W opisanym przypadku wysuwają się następujące ciekawe momenty.

Jakiego pochodzenia był ropień płuca, który trwał tak długo? Rozstrzygnąć tu trudno, czy był to ropień wtórny po rozszerzeniach oskrzeli, czy też była to może wrodzona torbiel płuca wtórnie zainfekowana.

Drugą sprawą interesującą jest przebieg choroby nerek: zapalenie nerek pojawiło się bezpośrednio po wystąpieniu sprawy ropnej w płucu, a skrobiawica dołączyła się dopiero po 4 latach. Obie sprawy wystąpiły na tle konstytucjonalnej chwiejności nerkowej, czego dowodzą objawy nerkowe, jakie ta chora miała w okresie ciąży.

Trzecia sprawa jaka zasługuje na podkreślenie, to zagadnienie biologiczno - chemiczne pokrewieństwa białek krwi, plwociny i nerek. Dla stwierdzenia, czy białko plwociny, krwi i moczu są tej samej natury, wykonano na królikach badania biologiczne przy pomocy przeciwciał strącających. Badania te wykazały, że charakter białek moczu i plwociny był ten sam, nie zgadzał się natomiast zupełnie z charakterem białek surowicy.

O własnościach i zastosowaniu heparyny. (L'héparine, propriété, utilisation). Grimberg, Krauss.

La Presse Méd., Nr. 9, 1939.

Heparyna jest ciałem przeciwdziałającym krzepnięciu krwi. Jest ona składnikiem wszystkich tkanek, a w największej ilości znajduje się w wątrobie i mięśniach.

Heparyna wykryta została jednocześnie przez Mac Leana i Howella. Sposób jej otrzymywania był stopniowo udoskonalany, technika ułatwiana i coraz tańsza.

Skład i wzór chemiczny heparyny nie jest jeszcze ustalony. Wiadomo, że zawiera ona kwas glukoronowy, siarkę oraz wapń. Czysta heparyna nie zawiera białka, azot znajduje się w niej w ilości około 2%, a siarka stanowi około 8 — 10% suchej pozostałości. Prawdopodobnie siarczanom zawdzięcza heparyna swe właściwości przeciwkrzepliwe.

Holmgreen i Wilander utożsamiają heparynę pod względem chemicznym z ziarnistościami zasadochłonnymi krwinek białych wielojądrzastych.

Heparyna daje odczyn fioletowy z roztworem błękitu toluidynowego, z naftol-rezorcyną i orcyną. Po ogrzaniu do 120° heparyna traci swe właściwości biologiczne. Jako jednostkę heparyny uznano tę jej ilość, którą zawiera 1 cm³ krwi kota.

Działanie biologiczne heparyny polega na powstrzymywaniu przemiany istoty włóknikorodnej (fibrynogen) we włóknik (fibrynę). Poza tym heparyna wykazała w badaniach in vitro właściwość powstrzymywania wzrostu komórek. Przepuszczalność krwinek czerwonych pod wpływem heparyny obniża się.

Heparyna ma zastosowanie w badaniach doświadczalnych i lecznictwie chirurgicznym.

Przy pobieraniu krwi dla badań doświadczalnych posługiwać się można heparyną sproszkowaną, którą dodaje się do probówek z krwią w stosunku 1 mg na 10 cm krwi, lub też 1% roztworem wodnym heparyny, którym zwilża się przed pobieraniem krwi ścianki strzykawki lub probówki, następnie wysuszając je w cieplocie 110°.

Heparyna umożliwia przeprowadzanie badań płynnej krwi nawet po upływie 24 godzin od chwili jej pobrania, bez obawy nieścisłości wyników badań cytologicznych lub chemicznych. Przy określaniu zawartości cukru we krwi pamiętać należy, że heparyna nie powstrzymuje procesu glikolizy, a więc dla jej uniknięcia dodać należy do pobranej krwi fluorku sodu lub potasu.

Stosowanie lecznicze heparyny wchodzi w zakres chirurgii. Tak więc zalecają wstrzykiwania dożylne heparyny, w dawce co 2 godziny, po 30 mg każda, w przypadkach niebezpieczeństwa zakrzepu żylnego. Inni w tych samych przypadkach wprowadzają heparynę przez wstrzykiwanie jej w obrębie pola operacyjnego.

Clemens i Van Melanby przypisują heparynie własności przeciwwstrząsowe.

Autorzy skandynawscy wprowadzają heparynę do płynu opłucno-wysiękowego, aby zapobieć zrostom.

Największe znaczenie praktyczne ma heparyna dla zabiegu przetaczania krwi. Stosuje się ją bowiem w razie potrzeby konserwacji krwi dawcy albo też w razie powolnej, dużej transfuzji. Dla ułatwienia zabiegu przetaczania i celem zapobiegnięcia krzepnięciu krwi w strzykawkach, pożądane jest przestrzykiwanie narzędzi przed zabiegiem 1% roztworem heparyny z następowym wyjaławianiem ich w ciepłocie 110°.

Przechowywanie krwi natomiast uskutecznia się przy pomocy wyjałowionej heparyny, dodanej do krwi w stosunku 4 — 5 mg/100 cm³ krwi.

Do tego celu wyjaławia się heparynę po dodaniu 0,3% trójkrezolu oraz roztworu fizjologicznego. Następnie roztwór ten zatapia się w ampułkach i używa w razie potrzeby.

Po zestawieniu przytoczonych danych podkreślić należy, że heparyna oddaje bardzo wielkie usługi na polu badań naukowych i często stosowanych zabiegów chirurgicznych.

Wpływ para - amino - fenyl - sulfamido pirydyny (693) na przebieg powolnego złośliwego zapalenia wsierdzia. (Action du 693 sur l'évolution de l'endocardite maligne lente). A. Rawina.

Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, Nr. 2, 1939.

Autor donosi o korzystnym wpływie, jaki wywarło podawanie przetworu 693 u chorej na złośliwe zapalenie wsierdzia.

Leczenie to rozpoczęto po pięciomiesięcznym trwaniu choroby o burzliwym i ciężkim przebiegu. Po kilkudniowym stosowaniu wymienionego

przetworu doustnie w dawkach 1,5 — 2,5 g. dziennie, ciepłota opadła z 39,9° na 37,5°, a następnie podniosła się do 38°. Po odstawieniu leku, kiedy po upływie miesiąca gorączka znów utrzymywała się stale na poziomie 40° — ponownie podano doustnie preparat 693, jednakże z powodu nieprzyjemnych objawów (nudności, wymioty, bóle stawów) lek znowu odstawiono. Po raz trzeci wywołano wyraźną poprawę stanu ogólnego i spadek gorączki przez zastosowanie codziennych wstrzykiwań roztworu 693, z jednoczesnym podawaniem małych dawek doustnie (łączna dawka wynosiła 2 g dziennie). Przy tym leczeniu chora czuje się lepiej, a ciepłota utrzymuje się poniżej 38°.

Poprzednio kilkakrotnie już donoszono o pomyślnym wpływie preparatu 693 na przebieg powolnego złośliwego zapalenia wsierdzia. Nie osiągnięto nigdy wyleczenia przy pomocy tego środka, jednakże wyraźnie zauważono jego wpływ łagodzący na przebieg sprawy chorobowej.

Braki pożywienia w chorobach wewnętrznych. (Carences alimentaires et pathologie interne). Ch. Richet.

La Presse Méd., Nr. 97, 1938.

Dla utrzymania równowagi ustroju i prawidłowej czynności jego narządów, potrzebne jest pożywienie odpowiednio dobrane ilościowo i jakościowo.

Pożywienie człowieka zawiera:
1) pokarmy stanowiące źródło jego energii (cukry, tłuszcze),
2) pokarmy o swoistym znaczeniu, nieenergetyczne.

Do drugiej grupy należą: 1) witaminy, 2) sole, 3) te kwasy aminowe, których ustrój nie potrafi z białek syntetyzować.

Odżywienie organizmu ludzkiego zależy od ilości i jakości dostarczanych mu pokarmów oraz od zdolności przyswajania tych pokarmów przez ustrój.

Jeżeli dostarczanie pokarmów ulega z tych czy innych względów zaburzeniom, człowiek otrzymuje niedostateczną ich ilość lub też skład jego pożywienia jest nieodpowiedni, pociąga to za sobą cały szereg zaburzeń i zmian chorobowych w jego przyswajaniu.

W innych przypadkach ustrój jest niezdolny do przyswajania niektórych składników pożywienia i to zjawisko wywołuje również skutki chorobowe.

Jeżeli spojrzymy z punktu widzenia patologii ludzkiej, to spośród ludzi odżywianych nieodpowiednio wyodrębnimy grupę tych, których zapotrzebowanie kaloryczne nie jest zaspokojone, oraz tych „nieodżywionych jakościowo" ludzi, których pożywienie aczkolwiek energetycznie dostateczne, nie zawiera potrzebnych dla ustroju składników swoistych.

W drugiej grupie przypadków zasługują na uwagę ludzie, którym ze względów leczniczych zalecono na czas dłuższy dietę pozbawioną pewnych pokarmów. Do nich należą osoby z nadkwaśnością żołądkową, chorzy na zaburzenia jelitowe oraz chorzy na kamicę wątrobową.

Diety stosowane zwykle w nadkwaśności są ubogie lub całkowicie pozbawione witamin B, C, E.

Z jadłospisu chorych z zaburzeniami jelitowymi wyłącza się zwykle jajka, mleko, owoce, ogranicza się ilość spożywanych jarzyn — a więc odsuwa się od nich główne źródła wszystkich prawie witamin, a daje się w zamian za to dietę obficie węglowodanową z domieszką białka.

W przypadkach kamicy nie wolno chorym zwykle jeść jajek, śmietany, masła i wogóle tłuszczów a więc tym samym pozbawia się ich witamin D. i A.

We wszystkich tych przypadkach są więc powody do powstawania nowych zaburzeń chorobowych.

U chorych z wrzodem żołądka pojawiają się nieraz objawy zapalenia narwów, przypominające obraz choroby beri-beri. U innych mamy niekiedy do czynienia z zaburzeniami psychicznymi.

Przypadki te nakazują pewną łagodność w stosowaniu diet leczniczych u chorych z przewlekłymi sprawami chorobowymi w zakresie przewodu pokarmowego.

Drugą grupę ludzi, posiadających mały zapas witaminowy, stanowią chorzy z zaburzeniami przyswajania pokarmów. Do nich zaliczyć należy chorych z dużymi zmianami miąższu wątrobowego oraz chorych cierpiących na biegunki różnego pochodzenia.

W tych przypadkach na tle zasadniczej sprawy chorobowej może rozwijać się obraz awitaminozy z typowymi objawami skórnymi, nerwowymi, stawowymi itd.

Flora bakteryjna ropni płuc. (Les microorganismes des abscès du poumon). R. Letulle.

La Presse Méd., Nr. 98, 1938.

Bez względu na pochodzenie i rozwój kliniczny, ropnie płuca zawierają zwykle obfitą florę bakteryjną, składającą się z:
1) drobnoustrojów ropotwórczych,
2) bakterii beztlenowych.

Do drobnoustrojów ropotwórczych zaliczyć należy dwoinki zapalenia płuc oraz paciorkowce.

Dwoinki zapalenia płuc są gramododatnie i występują w postaci kilku typów, różniących się od siebie składem i wyglądem otoczki oraz bujnością wzrostu na poszczególnych pożywkach. Powodują one powstanie gęstej śmietankowatej ropy z nieznacznym odcieniem zielonkawym i z dużą domieszką włóknika.

Paciorkowce gramododatnie, układają się w postaci łańcuszków lub rozrzucone są pojedyńczo, nie posiadają otoczki. Ropa wytworzona przez paciorkowce jest dość rzadka. Najczęściej pojawia się w płucu paciorkowiec hemolizujący.

Pałeczki Friedländera są gramoujemne, posiadają otoczkę dość grubą. Wywołują one zwykle jakby ropowicę płucną z wytwarzaniem mas krwawo - zgorzelinowych, szybko rozpadających się.

Ropień pełzakowy płuca jest najczęściej sprawą wtórną, dołączającą się do procesu toczącego się w wątrobie. Pełzaki czerwonkowe wytwarzają w obrębie płuca martwicę krwotoczną z obecnością lepkiej ropy koloru czekoladowego. Przy nakłuciu nie udaje się zwykle znaleźć drobnoustrojów.

Drobnoustroje beztlenowe powodują gnilne procesy w obrębie płuc, połączone z rozległym rozpadem tkanki, co klinicznie objawia się między innymi silnym cuchnięciem plwociny i oddechu.

Drobnoustroje beztlenowe dzielimy na:
1) beztlenowce właściwe,
2) krętki.

Bacillus perfringens ma kształt nieruchomej

pałeczki. Jest ona gramododatnia i posiada otoczkę. Posiada ona zdolność rozkładania cukru z wytwarzaniem lotnych kwasów organiczych i dwutlenku węgla. Wstrzyknięcie hodowli pałeczki tej wywołuje u świnki morskiej zgorzel gazową.

Bacillus ramosus towarzyszy innym drobnoustrojom beztlenowym, znajdującym się w płucu. Pałeczka ta powoduje obrzęk z nacieczeniem gazowym.

Poza tym w ropniu zgorzelinowym płuca znajduje się cały szereg innych mniej ważnych beztlenowców, jak: bacillus funduliformis, bac. fragilis, bac. serpens i inne.

Castellani wykrył w plwocinie chorych na krwotoczne zapalenie oskrzeli krętki, zwane od tego czasu jego imieniem. Kwestia ich swoistości, względnie zdolności przemiany w inne typy krętków, nie jest rozstrzygnięta. Również nie jest dokładnie wyjaśniona rola, jaką bakterie te spełniają w przebiegu ropnych procesów płucnych.

CHIRURGIA.

Samoistne krwotoki do wolnej jamy otrzewnowej u mężczyzn. (L'hémopéritoine spontané chez l'homme). Mondor, Olivier.

Journal de Chirurgie, styczeń 1939.

Pozaurazowe krwotoki do wolnej jamy otrzewnowej uważane są zwykle za wyłączny „przywilej” kobiet, pozostający w związku z przebiegiem ciąży pozamacicznej. Jednakże obserwowano również przypadki takich krwotoków u mężczyzn, toteż przy trudnościach rozpoznawczych należy się liczyć z tego rodzaju możliwościami. Operator, znajdując przy zabiegu wolną krew w jamie brzusznej, szuka u kobiety jej źródła w narządach rodnych, natomiast ten sam obraz u mężczyzny powoduje chaotyczne poszukiwanie źródła krwawienia w całej jamie brzusznej, co znacznie utrudnia i przedłuża zabieg operacyjny. Zestawiając spostrzegane przez siebie i podawane w piśmiennictwie przypadki krwotoków samoistnych w jamie brzusznej u mężczyzn, autorzy starają się stworzyć pewną metodę w poszukiwaniu źródła krwotoku, wysuwając szereg możliwości. Wyłączają oni wszystkie przypadki, w których krew, znajdująca się w niewielkiej ilości w jamie brzusznej, występuje jedynie jako jeden z czynników towarzyszących, np. w krwotocznym zapaleniu trzustki, zawale jelit, skręcie jelit itp.

Krwotok samoistny bywa wywoływany najczęściej pęknięciem śledziony, zazwyczaj zmienionej chorobowo. Pęknięcie śledziony obserwowano w przebiegu malarii, tyfusu brzusznego i powrotnego, białaczki, tętniaka tętnicy śledzionowej, guza lub zawału śledziony, wreszcie w przypadkach zakrzepu żylnego. Rzadziej bywa krwotok następstwem pęknięcia tętnicy żołądka, tętniaka tętnicy wątrobowej w odcinku wewnątrz — lub zewnątrz — wątrobowym, pęknięcia guza wątroby, wreszcie pęknięcia woreczka żółciowego w przebiegu kamicy żółciowej.

Nasilenie objawów klinicznych zależy od intensywności krwotoku. Przypadki o przebiegu nietypowym zbliżone są do objawów pęknięcia wrzodu żołądka lub do ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Niewspółmierne przyśpieszenie tętna w porównaniu z niewielkim wzrostem ciepłoty, nie przekraczającej 38°, oraz niezbyt silne bóle brzucha, są ważnym momentem rozpoznawczym.

W przypadku pęknięcia tętniaka śledziony występuje nagły ból w nadbrzuszu, bez wzmożenia napięcia powłok brzusznych, a osłuchiwanie nadbrzusza wykrywa nieraz skurczowy szmer tętniczy po stronie lewej. Prześwietlenie rentgenowskie wykrywa nieraz w okolicy wnęki śledziony nieregularne złogi wapnia, odłożone w ścianie tętniaka.

Pęknięcie tętnicy żołądka spotyka się zwykle u osób powyżej 50 r. życia, z nadciśnieniem. Towarzyszą mu zawsze gwałtowne objawy ostrej niedokrwistości.

Pęknięciu tętniaka tętnicy wątrobowej w jej przebiegu wewnątrz wątroby, towarzyszy zwykle bądź wystąpienie żółtaczki, bądź też krwotoku kiszkowego, co łącznie z objawami krwotoku do jamy brzusznej, pomaga ustalić przyczynę i miejsce krwawienia.

Przy pęknięciu wątroby wyczuwa się znaczne jej powiększenie oraz masy skrzepów, gromadzące się dokoła i widoczne nieraz nawet na zdjęciu rentgenowskim.

Poszukiwanie źródła krwotoku w czasie zabiegu należy zacząć od dokładnego zbadania śledziony; przy całkowitym pęknięciu już przy obmacywaniu wyczuwa się miejsce rozerwania, natomiast przy pęknięciu podtorebkowym, konsystencja powiększonego narządu wraz ze skrzepami, przypomina konsystencję łożyska. W tych przypadkach usunięcie śledziony jest jedynym sposobem leczenia.

W przypadku pęknięcia tętniaka tętnicy śledziony najlepsze wyniki osiągnięto, usuwając tętniak z pozostawieniem śledziony.

Opanowanie krwotoku z pękniętej tętnicy żołądkowej nie przedstawia większych trudności. Na krzywiźnie małej żołądka — rzadziej na dużej — stwierdza się mniej lub więcej rozległy krwiak oraz krwawe podbiegnięcia na sieci mniejszej. Krwiak należy opróżnić i po odszukaniu pękniętej gałązki tętnicy — podwiązać ją.

Autorzy w swej praktyce nie mieli do czynienia z pęknięciem wątroby; podane w piśmiennictwie przypadki kończyły się niepomyślnie. Jedynie w jednym przypadku Kehra, przy niepękniętym tętniaku udało się uzyskać wyleczenie przez podwiązanie tętnicy wątrobowej.

Pęknięcie guza wątroby ma miejsce najczęściej na jej przedniej lub dolnej powierzchni. Są to również bardzo ciężkie przypadki. Guzy te są najczęściej nowotworami złośliwymi. Opanowanie krwawienia jest trudne; jedni z operatorów tamponują miejsce pęknięcia, inni usiłują je obszyć. Zejście bywa najczęściej śmiertelne.

Samoistne krwotoki do wolnej jamy brzusznej u mężczyzn nie są zjawiskiem częstym, pamiętać o nich zawsze należy w przypadkach nagłej zapaści, objawów ostrej niedokrwistości, zwłaszcza u osobników o naczyniach ze zmianami miażdżycowymi lub kiłowymi.

Gruźlica a przetoki odbytu. (Tuberculose et fistule anale). R. Kaufmann.

La Presse Médicale, Nr. 12, luty 1939.

Opierając się na spostrzeganych przez siebie 101 przypadkach przetok odbytu, autor przeciwstawia się ogólnemu poglądowi, jakoby przetoki

te występowały na tle gruźlicy i najczęściej u gruźlików.

Znajdowane w wydzielinie prątki K o c h a nie zawsze są pochodzenia miejscowego, mogą być przyniesione z kałem z przewodu pokarmowego, dokąd dostają się przy łykaniu plwociny lub są wydzielane z woreczka żółciowego. Badania histologiczne tkanek, wyciętej operacyjnie przetoki, wykazały obecność komórek olbrzymich i na tej podstawie przyjęto, że w 20% przypadków, przetoki odbytu powstają na tle gruźlicy. Jednakże wiemy obecnie, że komórki olbrzymie nie są patognomoniczne dla gruźlicy, a występować mogą w przebiegu przewlekłych procesów zapalnych.

Autor w 6 przypadkach na 54 — znalazł komórki olbrzymie, natomiast tylko w 3 przypadkach stan miejscowy i ogólny wskazywał na tło gruźlicze przetoki, natomiast 3 pozostałe przypadki przedstawiały obraz przetoki na tle banalnego zakażenia drobnoustrojami i po zabiegu usunięcia operacyjnego przetoki — nastąpiło zupełne wyleczenie. 14 chorych na gruźlicę płuc operował autor z powodu przetoki odbytu i w 12 przypadkach uzyskał szybkie, całkowite wyleczenie. Badanie histologiczne usuniętych tkanek w 3 przypadkach wykazało zmiany gruźlicze.

Autor jest zdania, że operacyjne usunięcie przetok odbytu u gruźlików daje możność: 1) całkowitego wyleczenia samej przetoki, 2) poprawy stanu ogólnego.

Opierając się na swoich spostrzeżeniach, stwierdza on, że najwyżej w 10% przetoki odbytu występują na tle gruźlicy.

Rozpoznanie tła przetoki można ustalić dopiero na zasadzie charakteru tej przetoki łącznie ze zmianami gruźliczymi w płucach oraz obrazem histologicznym (komórki olbrzymie, prątki K o c h a, gruzełki). W tych przypadkach przebieg pooperacyjny przedłuża się, gojenie postępuje powoli, zaznacza się skłonność do nawrotów.

Pomimo to zabieg operacyjny jest jednak leczeniem z wyboru. Nie dotyczy to przypadków współistnienia przetoki i biegunek gruźliczych. W tych przypadkach zabieg jest nawet przeciwwskazany, gdyż: 1) wycięcie części śluzówki może wywołać nietrzymanie kału, 2) rana pooperacyjna nie goi się, biegunki się wzmagają. Ropnie przyodbytnicze u takich chorych opróżnia autor raczej przez promieniste nacięcie skóry koło odbytu.

Obrzęk trzew o charakterze obrzęku Quinkego, imitujący ostre zapalenie wyrostka robaczkowego. (Crise d'oedéme de Quincke visceral, simulant une appendicite aiguë). R e d o n.

Journal de Chirurgie, marzec 1939.

Autor opisuje następujący ciekawy kazuistycznie przypadek: chory dostał nagle wieczorem silnych bólów w prawym podbrzuszu, ciepłoty 37,5 przy tętnie 80 na minutę. Wymiotów nie było.

Zastosowano lód na brzuch. Po 12 godzinach tętno i ciepłota — bez zmian, bóle silne o charakterze napadowym, przez powłoki brzuszne napięte prawidłowo wyczuwało się ograniczony miękki opór podłużny w okolicy kątnicy. Obmacywanie tej okolicy — bolesne. Podejrzewano bądź rozpoczynający się naciek przywyrostkowy, bądź nagłe wgłobienie jelit. Objawy przemawiały raczej za tym ostatnim przypuszczeniem, toteż przystąpiono do zabiegu operacyjnego.

Po otwarciu jamy brzusznej cięciem skośnym, na prawym talerzu biodrowym stwierdzono obrzęk galaretowaty kątnicy i części dolnej wstępnicy na przestrzeni 8 — 10 cm, przypominający obraz nacieczenia novokainą przy znieczulaniu podotrzewnowym.

Nie znaleziono żadnych zmian zapalnych ani w wyrostku, ani w kątnicy; rozpoznano obrzęk Quinkego, wyrostek usunięto. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Na dziesiąty dzień chory opuścił szpital. Z uzupełnionych później wywiadów okazało się, że chory miewał często pokrzywki po zjedzeniu ryb i w wilię zachorowania jadł ryby i małże.

Przypadki anafilaktycznego obrzęku trzew podawane są w piśmiennictwie. Moriss opisuje przypadek, w którym w przebiegu pokrzywki wystąpiły silne bóle żołądka. Przy płukaniu żołądka, na sondzie wydobyto nieco śluzówki, której obraz histologiczny odpowiadał typowemu obrzękowi Quinkego. Chevalier podaje, że w przebiegu typowej choroby Quinkego występują nieraz silne bóle brzucha, wzdęcie i zatrzymanie gazów, kończące się silnymi biegunkami śluzowymi. Te objawy można również przyjąć jako następstwo obrzęku, obejmującego również przewód pokarmowy. Ostry obrzęk trzustki, obserwowany po wstrzyknięciu hemostylu, niektóre objawy płucne po operacjach, można również obecnie tłumaczyć zmianami naczynioworuchowymi na tle anafilaksji.

Przypadek opisany jest przyczynkiem do różnicowania schorzeń okolicy prawego podbrzusza, a możliwość należytego rozpoznania przed operacją, chroni chorego przed zbędnym zabiegiem i kieruje leczenie na właściwą drogę.

Bolesne odwapnienie kości po stłuczeniu garstka. (Ostéoporoze douloureuse post - traumatique du carpe). Patel, Gozlaud.

Journal de Chirurgie, kwiecień 1939.

Opis tego przypadku uzupełniony jest 9 zdjęciami uszkodzonej ręki — bezpośrednimi i rentgenowskimi.

50-letni robotnik uległ stłuczeniu grzbietu ręki, która w następstwie silnie obrzmiała. Rozległy obrzęk zupełnie uniemożliwił ruchy ręki i palców. Po 10 dniach chory zgłosił się do lekarza. Stan ręki przedstawiał się następująco: obrzęk obejmował grzbiet ręki i palce, skóra nad nim żywo czerwona, ciepłota miejscowa podniesiona. Przy nakłuciu tkanek wyciekał płyn krwisto - przesiękowy. Zdjęcie rentgenowskie zmian w kościach nie wykazało. Rękę unieruchomiono, jednakże ból i obrzęk utrzymywały się bez zmian. Różnica ciepłoty na kończynach górnych wynosiła 2,5 stopnia, ciśnienie krwi na ⅓ przedramienia lewego było niższe o 1,4 (19,9 i 18,5). Po upływie 10 dni wykonano ponowne zdjęcie rentgenowskie i stwierdzono ostre odwapnienie kości garstka i śródręcza. Odwapnienie to w ciągu następnych dni zrobiło tak znaczne postępy, że w 30 dni po uszkodzeniu na zdjęciu rentgenowskim (trzecim z kolei) widniały tylko słabe zarysy kości garstka. Wykonano wówczas odnerwienie tętnicy pachowej. Już na drugi dzień bóle ustąpiły, obrzęk zmniejszył się, w 15 dni po zabiegu kości nadgarstka zarysowały się wyraźniej na zdjęciu rentgenowskim; po 5 miesiącach ręka czynnościowo i anatomicznie powróciła do stanu normalnego.

J. Czyżewska.

CHOROBY DZIECIĘCE

Nieżyt oskrzelików i jego leczenie przez upust krwi i przetaczanie krwi. (La bronchite capillaire et son traitement par la saignée et la transfusion de sang). B. Tassovatz.

Le Nourrisson, Nr. 5 ,1938.

Chorobę tę cechuje w początkowym okresie duszność wydechowa, niepokój, podwyższona ciepłota. Badaniem fizykalnym stwierdza się na całej przestrzeni odpowiadającej płucom: odgłos wypukowy jawny, szmer oddechowy pęcherzykowy zaostrzony, rozsiane średnio- i drobno-bańkowe rzężenia. W bardzo wielu przypadkach już w pierwszych dniach choroby zjawia się sinica, duszność nasila się, tony serca głuchną i dziecko ginie wśród objawów bezdechu i ciężkich zaburzeń w krążeniu. Przypadki kończące się pomyślnie należą do wyjątków.

Autor uważa, iż podawanie środków działających na układ krążenia i układ oddychania, a także stosowanie upustu krwi w okresie dużej duszności i niewydolności serca, dają tylko krótkotrwałą poprawę. Wobec tego B. Tassovatz stosował, w celu podniesienia sił obronnych ustroju dziecka i zmniejszenia zjadliwości zarazka, przetaczanie krwi z upustem. Metoda ta okazała się skuteczną, podczas gdy stosowanie szczepionki, surowicy, różnych preparatów chemicznych, roztworów koloidalnych metali i leczenie bodźcowe były niewystarczające.

Technika postępowania Tassovatza w tych przypadkach jest następująca: do końca pierwszego roku życia dziecka stosuje się upust krwi z zatoki strzałkowej w ilości 60 — 100 cm^3 krwi. Bezpośrednio po dokonaniu upustu wstrzykuje się b. powoli (w ciągu 6 — 8 minut) 20 cm^3 krwi tej samej grupy. U dzieci starszych autor dokonuje upustu z żyły łokciowej w ilości 120 — 150 — 170 cm^3 krwi. Wstrzykuje się albo natychmiast po upuście, albo też po upływie 1 — 2 godzin (według autora ten ostatni sposób jest lepszy) 100 — 120 cm^3 krwi.

W początku zabiegu podaje się dziecku tlen, a po przetoczeniu krwi ouabainę domięśniowo lub dożylnie (niebezpieczeństwo zapaści). W przypadkach, przebiegających z bardzo wysoką ciepłotą, stosuje się kąpiele lub zawijania wilgotne.

W wielu przypadkach, nawet jak się wydawało początkowo beznadziejnych, uzyskiwano wyleczenie już po paru dniach.

Gruźlica w 1939 r. (La tuberculose en 1939). P. Lereboullet, M. Bariéty i H. Gavois.

Paris Médical, Nr. 1, 1939.

1. Dane biologiczne.

Laseczniki ptasie. Saënz wydzielił z kolonii ptasiej dwie postacie prątków

gruźliczych R i S. Autor ten osłabiał ich zjadliwość przez pozostawienie w ciągu pięciu lat na kartoflach z żółcią i gliceryną. Następnie szczepił je królikom dożylnie i otrzymywał w ciągu 5 — 7 miesięcy zmiany kostno-stawowe, głównie w małych stawach i rusztowaniu kostnym. Przy szczepieniu podpotylicznym nie otrzymywał zmian chorobowych.

A. Boquet i W. Schaffer przy podawaniu dożylnym dużych dawek prątków ptasich, przygotowanych na 5 — 17 tygodni wcześniej, otrzymywali u królików ograniczone zmiany zapalne swoiste w płucach. Inni autorzy po zakażeniu zwierząt doświadczalnych prątkami typu ptasiego, otrzymywali znacznie słabsze odczyny tuberkulinowe przy tuberkulinie pochodzącej ze wszystkich typów prątków gruźliczych niż przy zakażeniu lasecznikami typu ludzkiego.

Próby odpornościowe wykazały, iż świnki morskie szczepione niezjadliwymi prątkami typu ptasiego, mogą stać się odporne na działanie małej ilości laseczników typu ludzkiego.

Witaminy i hormony. Leitner opracował wpływ witamin i hormonów na rozwój prątków gruźlicy. Według tego badacza małe ilości kwasu I-askorbinowego i witaminy B, pobudzają wzrost prątków, duże dawki natomiast hamuja. U dzieci w wieku 13 — 15 lat, chorych na gruźlicę, stwierdzono w ustroju niedostateczną ilość witaminy C. Ustrój zakażony gruźlica zużywa znacznie więcej kwasu askorbinowego niż zdrowy. Na tej podstawie dzieciom chorym podawano większe ilości witaminy C.

Podawanie wydzieliny wewnętrznej gruczołu płciowego męskiego zwiększa odporność na gruźlicę. Działanie folikuliny jest odwrotne. Powoduje ona rozwój gruźlicy doświadczalnej.

Gruźlica doświadczalna. Gruźlica doświadczalna, wywołana przez doustne wprowadzenie prątków typu ptasiego, wykazywała zmiany takie, jak przy gruźlicy wywołanej prątkami typu ludzkiego.

B. C. G. R. Schwartz dowiódł, iż po kilku wstrzyknieciach do worka spojówkowego szczepionki B. C. G., można uzyskać odporność miejscową i ogólną na podskórne wstrzykiwanie zjadliwych laseczników gruźlicy. Autor uważa, iż po kilkakrotnym stosowaniu podskórnym szczepionki B. C. G., uzyskuje się trwała odporność. Radowdy-Ralarosy wykazał, iż po wstrzyknięciu dożylnym szczepionki B. C. G., prątki znikają z krwi po upływie kilku godzin, a z całego ustroju dopiero 90-go dnia od chwili wstrzyknięcia. Olivier i Bonet-Maury używali do przygotowania szczepionek przeciwgruźliczych prątków, które poprzednio były naświetlane.

Allergia. Po wstrzyknieciu histaminy uzyskiwano bardziej czuły odczyn skórny. Dreyfus-Sée, w celu wywołania odczynu skórnego, stosował sposób Mora (wcieranie do skóry kropli tuberkulinowej). Najlepszą tuberkulina do tego celu jest tuberkulina przygotowana według Seiberta, którą można przechowywać na sucho.

2. Dane kliniczne.

Rumień guzowaty. Przeprowadzane próby tuberkulinowe i prześwietlanie klatki piersiowej w czasie przebiegu rumienia guzowatego wypadały ujemnie. Mimo to jednak nie odrzucono możliwości istnienia związku pomiędzy rumieniem guzowatym a gruźlicą. Pewni autorzy uważają, iż chociaż schorzenia tego nie można uzależniać od zakażenia gruźlicą, to jednak należy je uważać za schorzenie allergiczne. Cordier i Lagère opisali przypadek powtórnego rumienia guzowatego, gdzie występował bardzo wyraźny odczyn skórny na anatoksynę gronkowcową. Lewkowicz znalazł prątki gruźlicze w guzkach rumienia.

Pierwotne zakażenie. Małe dzieci zarażają się często gruźlicą płuc przez przedmioty codziennego użytku. Niektórzy radzą, aby tam, gdzie jest większe skupienie dzieci, oddzielać te, które mają dodatni odczyn skórny od tych, które mają ujemny. Podlegać temu powinny dzieci do 4 — 5 lat.

Gruźlica u dorosłych. Śmiertelność w przebiegu ciężkiej gruźlicy jest równie częsta przed 40 jak i po 40 roku życia. Przypadki gruźlicy gruczołowo-płucnej nie są rzadkie i upodabniają gruźlicę dorosłych do gruźlicy dziecięcej.

Okresy rozwoju gruźlicy. Jaquerod proponuje nowy podział gruźlicy płuc na okresy zależne od objawów klinicznych, radiologicznych i anatomo-patologicznych. I-szy okres jest to gruźlica typu dziecięcego — zespół pierwotny. Występuje miedzy pierwszym i dziesiątym rokiem życia. Przedostanie się prątków do krwiobiegu doprowadza do wytworzenia się w pewnym stopniu odporności. II-gi okres, około 20-go roku życia, charakteryzuje się objawami nacieczenia i umiejscowienia w okolicy podobojczykowej albo w okolicy między mostkiem a wnęką. Ogniska te mają dużą skłonność do rozpadu. Zwiększona wrażliwość tego okresu przeciwstawia się względnej dobrotliwości pierwotnego zakażenia.

Typ dorosłych pod postacia włóknisto-serowaciejąca jest to okres odporności histologicznej Rankego. Amenille, Saënz i Canetti są zdania, iż powtórna gruźlica może być pochodzenia tak exogennego jak i endogennego. W przebiegu ciężkiej gruźlicy u dorosłych, zmiany radiologiczne są zwykle b. duże. Krzywa ciepłoty różna. Wpływ rasy, liczba zarazków, czas trwania zakażenia, przepracowanie, niedożywienie, a przede wszystkim zbyt późne badanie i rozpoznanie wskazują na konieczność zwiększenia i polepszenia sposobów profilaktyki. J. Stephani opracował przypadki wczesnego występowania gruźlicy w obu płucach. W 56% chorzy, już w 4-tym miesiącu od wystapienia choroby, zajęte mieli obydwa płuca. Ogniska w 2-gim płucu miały charakter naciekowy lub były rozsiane.

Postacie anatomiczne. Pierret i inni uważają, iż istnieje siedem odcinków płucnych z własną szypułą oskrzelowo-naczyniową, niezależnych od siebie. W odcinkach tych mogą usadawiać się zarazki i tworzyć różne postacie anatomo-patologiczne gruźlicy. Teorie tę potwierdza do pewnego stopnia trójkątny obraz radiologiczny.

Proces gojenia jam gruźliczych polega na silnym rozmnażaniu komórek pęcherzyków płucnych. Powstaje odczyn zapalny, który w dalszym przebiegu prowadzi do wytwarzania się blizn.

Badania nad zaraźliwościa blizn płucnych w przebiegu gruźlicy u zwierząt doświadczalnych, dały wyniki następujące: Blizny zwapniałe są za-

raźliwe w 21%, blizny stwardniałe w 17%, gruczoły zwapniałe śródpiersia w 55%, gruczoły niezwapniałe w 65%.

Postacie etiologiczne. Laseczník zwierzęcy wywołuje u ludzi wszystkie postacie gruźlicy, najczęściej płucną, gruczołową, skórną, oponową, kostno-stawową, objawy kliniczne i anatomiczne. Rokowanie jest takie jak przy gruźlicy wywołanej prątkami ludzkimi. Najczęściej ulegają zakażeniu młodsze dzieci i przeważnie na wsi.

Gruźlica płuc jako skutek urazu klatki piersiowej występuje nadzwyczaj rzadko. Czynnik ten jednak w etiologii gruźlicy musi być brany pod uwagę.

Objawy towarzyszące. Ropne zapalenie opłucnej i płuc dają czasem objawy zbliżone do gruźlicy. Sergent i Fouretier opisują przypadki ropnego zapalenia opłucnej i płuc w przebiegu gruźlicy. Przypadki te są bardzo rzadkie i mogą się zdarzać przy rozpadzie starego ogniska i zmniejszeniu odporności ustroju.

Czasem toksyna gruźlicza pobudza tarczycę do wydzielania i w ten sposób powstaje obraz nadtarczyczności bez charakterystycznych zmian histologicznych w gruczole. Zabieg chirurgiczny, naświetlanie albo leczenie jodem nadczynności tarczycy, są dobrze przez chorych znoszone.

W przebiegu gruźlicy wydzielanie zewnętrzne trzustki jest zmniejszone, a wydzielanie wewnętrzne prawie zawsze znika. Badanie anatomo-patologiczne wykazuje zwykle stwardnienie okołozrazikowe ze skłonnością zrazików do zaniku, a czasem przerost wysepek. Leczenie wyciągami trzustki daje mierne polepszenie.

Radiologia. Nowa metoda tomograficzna jest pomocna w tych przypadkach, w których sama radiografia nie wystarcza, gdy np. szczegóły i kontrasty wychodzą niejasno, przy niemożności zanalizowania nakładających się na siebie obrazów i określenia — nawet w przybliżeniu — głębokości położenia ogniska. Tomografia ogromnie ułatwia rozpoznanie jam płucnych. Bonté i Warembourg zalecają stosowanie zdjęć seryjnych, a Pollitzer opisuje zalety robienia kilku zdjęć na tej samej kliszy.

Poszukiwania laseczników gruźlicy. Cornil i Ciano, postępując według metody Loewensteina, otrzymywali 25% wyników dodatnich, podczas, gdy przy szczepieniu świnki morskiej, tylko 8%. Szybkość wirowania ma wpływ na wyniki poszukiwania prątków po homogenizacji. U 58% chorych na gruźlicę, nie oddających plwociny, znajdowano laseczniki w popłuczynach z żołądka. Autor podaje również metodę Kindberga — szukanie zarazków w wydzielinie pobranej wprost z oskrzeli. Duża ilość laseczników znajduje się w ogniskach ziarninowania. Niektóre laseczniki paragruźlicze mogą być przechowywane w kwasie azotowym i alkoholu absolutnym.

3. Leczenie.

Metody biologiczne. Vaudremer zaleca leczenie gruźlicy chirurgicznej szczepionką ze zmacerowanych laseczników gruźliczych. W wyciągu filtrowanym z Aspergillus fumigatus o własnościach proteolitycznych i lipolitycznych, otrzymywał hodowlę czystą zarodków ziarnistych, które były utrwalane przez 17 lat. Szczepionka, poddana działaniu ciepła w temp. 60 — 70°, była wstrzykiwana pod skórę w dawkach wzrastających do sześciu wstrzyknięć tygodniowo. W przebiegu gruźlicy pozapłucnej otrzymywano pomyślne wyniki w 80% przypadków.

Ze środków chemicznych stosuje się od czasu do czasu chryzoidynę, ale o wynikach leczenia nie spotyka się danych w piśmiennictwie z roku 1938.

Odma. Według Paroi wprowadzenie gazu do opłucnej zmniejsza siłę odśrodkową, działającą na płuco. Spezzafuno uważa, iż pozycja chorego przy wprowadzaniu gazu jest ważna wówczas, gdy pacjent jest obłożnie chory lub też przy ambulatoryjnym zakładaniu odmy. Weigert i Marmet opracowali działanie lecznicze odmy przy wczesnych naciekach. Unikali leczenia sanatoryjnego. Ich chorzy byli tylko pod nadzorem ambulatoryjnym, tak że jednocześnie mogli wypróbować sposoby zapobiegawcze przeciw gruźlicy. Roland jest zdania, że, jeżeli po 3 — 4 miesiącach nie ma polepszenia, powinno się zmienić metodę leczenia. Jullien i Babeau wstrzykiwali oliwę do opłucnej i otrzymywali wyniki zadowalające w przypadkach, w których nie było żadnej przeszkody do ucisku płuca. Garner opisuje przypadki, w których w kilka lat po stosowaniu odmy i całkowitym wyleczeniu, występowało krwawienie do opłucnej, z objawami bądź to łagodnymi, bądź gwałtownymi, wymagającymi natychmiastowej operacji.

C. Auguste i R. Pluchard polecają próbę z parą miętową w celu rozpoznania perforacji płuca. Polega ona na tym, iż po wdmuchaniu pary mięty do opłucnej, chory poczuje jej zapach. W przypadkach duszności po perforacji ulgę przynosi chorym podawanie tlenu. Przy zakażeniach mieszanych stosowano z dobrym wynikiem związki sulfamidowe.

Powikłania w układzie nerwowym przy stosowaniu odmy są bardzo rzadkie. Zdarzają się czasem przy częściowych zrostach opłucnej. Niektórzy spotykali zatory w mózgu i w związku z nimi drgawki.

Gerner i Garcenot nalegają na konieczność stosowania zabiegu operacyjnego w pierwszych miesiącach po powstaniu samoistnej odmy.

Autor poleca stosowanie odmy otrzewnowej w przypadkach gruźlicy jelit a także po zabiegach w klatce piersiowej, łącznie z przecięciem nerwu przeponowego.

Odma zewnątrz-opłucnowa. Monod i G. Bengochea podają wskazania do tego zabiegu. Są one następujące: 1) gdy są zrosty opłucnej i gdy istnieje mała jama dosyć wczesna w środku szczytu, 2) gdy istnieje pneumothorax ze zrostami w szczycie. Odkleja się wówczas wierzchołek okrężnie wzdłuż ściany klatki piersiowej, aby połączyć dwie jamy, 3) w przypadkach podobnych do poprzednich, ale gdy przebieg jest łagodniejszy. Wskazanie nie nie jest wtedy absolutne, ale wyniki są w tych przypadkach naogół dobre.

Dobre wyniki lecznicze daje plomba zewnątrz-

opłucnowa. Niebezpieczeństwo jest takie, jak przy zakładaniu zwykłej torakoplastyki.

Autor wymienia również zalety stosowania przecięcia nerwu przeponowego, a także omawia wpływ układu wegetatywnego na przebieg gruźlicy. Gaudier wycinał 2-gi i 3-ci zwój współczulny piersiowy, nie wywołując żadnych zmian w przebiegu cierpienia. Skutki lecznicze tej metody nie są jeszcze dokładnie opracowane.

P. Wójciak.

GINEKOLOGIA.

Kilka czynników zdolnych do poprawienia rokowania w porodzie. (Quelques facteurs susceptibles d'améliorer le pronostic de l'accouchement). Vaughan K., A. Butavand.

Revue franç. Gynéc. Obstétrique, T. 34, Nr. 4, 1939.

Kształt i wielkość miednicy, które dla przebiegu porodu mają niewątpliwie wielkie znaczenie, mogą być w pewnej mierze modelowane w ciągu dzieciństwa i wczesnej młodości. Wiadomo bowiem ,że połączenia pomiędzy kośćmi miednicy ustalają się dopiero w okresie pokwitania, który, podobnie jak okres niemowlęctwa, jest terminem najżywszego rozwoju kośćca.

Pierwotny kształt miednicy, płaszczyzny wchodu, jest okrągły, i dopiero w okresie pokwitania przybiera kształt owalny, jeśli chodzi o dziewczynki naszej rasy. Jest to wynikiem większej liczby punktów kostnienia, jaka znajduje się w tylnej części miednicy małej. Jednocześnie ze zmianą kształtu, będącą wynikiem przemian w tylnej części miednicy, zaznacza się wyraźne przesunięcie kości krzyżowej ku przodowi. Ten niezmiernie niebezpieczny dla kształtu miednicy pochód wzgórka kości krzyżowej ku przodowi, pogarszają warunki życia dziewczyny w ramach „cywilizacji". Brak ruchu, a przede wszystkim rzadkie tylko wykonywanie przysiadów czy skłonów, połączone z noszeniem obuwia na wysokich obcasach — sprzyjają nadmiernej owalizacji miednicy.

Autorki są zdania, że miednica okrągła, która występuje u szczepów t. zw. pierwotnych, nie tylko ma prawo być uznaną za zupełnie normalną, ale nawet przewyższa miednicę owalną. Przede wszystkim bowiem wchód okrągły o tych samych wymiarach daje niewątpliwie więcej miejsca dla główki, niż wchód owalny, w którym dużo przestrzeni po bokach pozostaje niewyzyskanej. Ponadto wchód okrągły pozwala na znacznie prostszy mechanizm porodowy, mianowicie główka nie potrzebuje wykonywać zwrotu II-go, gdyż wstawia się szwem strzałkowym od razu do wchodu w wymiarze prostym.

Wobec powyższego autorki uznają, że okrągły kształt miednicy jest właśnie jej idealną postacią.

Ale do jego zachowania potrzeba nie tylko warunków prawidłowego kostnienia, jakie daje działanie promieni słonecznych na skórę i obfite w

witaminy odżywianie, ale także odpowiedniego uruchomienia stawów miednicy małej, a tego nie można nigdy osiągnąć w pozycji stojącej, gdyż mięśnie utrzymujące tę pozycję jednocześnie unieruchamiają stawy miednicy.

Najlepszą pozycją, w której można „rozruszać” stawy miednicy, jest pozycja kuczna oraz ta, jaką przyjmuje człowiek siedzący na ziemi. To też kobiety pierwotne w czasie porodu nie cierpią na gwałtowne bóle w lędźwiach, na które tak często skarżą się kobiety cywilizowane.

Jasną jest rzeczą, że dostateczna ruchomość stawów miednicy małej bardzo ułatwia ustalenie się główki, a tym samym i poród.

Do ruchomości tej usposabia pozycja kuczna, to też do tej pozycji nawołują gorąco autorki, pragnąc przede wszystkim zachęcać do niej dziewczynki w czasie ćwiczeń gimnastycznych przed- i w wieku pokwitania; zwracają one jednocześnie uwagę na znaczenie tej pozycji dla innych ważnych funkcji organizmu, jak wypróżnienie kiszki stolcowej, usprawnienie krążenia krwi w miednicy małej itd.

Reasumując, autorki podkreślają pocieszającą możliwość poprawy rokowania porodu, przez odpowiednio dobrane ćwiczenia gimnastyczne.

O wskazaniach do usunięcia guza jajnika w ciąży. (A propos des indications de l'ovarectomie au cours de la gestation). Portes L. i Varangot.

Gynécologie et Obstétrique 1939. T. 39, Nr. 2. Str. 99 — 104.

Większość operatorów uważa, że torbiel jajnika winna być bezwzględnie usunięta.

Ten pogląd należałoby zrewidować. Torbiele „czynnościowe” poza ciążą mają szanse na zniknięcie samoistne w miarę przemian miesiączkowych. Wkroczenie jest wskazane przy wyraźnych powikłaniach (skręt, krwawienie do torbieli, zropienie itd.) lub gdy dłuższa obserwacja (szereg miesięcy) nie wykazuje cofania się guza, a istnieją zaburzenia wewnątrzwydzielnicze.

W przebiegu ciąży istnieje z jednej strony możliwość skrętu torbieli (w ciąży i w połogu), z drugiej zaś strony — możliwość zniknięcia guza, jeśli jest on torbielą luteinową.

Zmusza to do oględnego stawiania wskazań do operacji torbieli jajnika w ciąży. W czasie zabiegu należy oszczędzać ciałko żółte (zwykle w zdrowym jajniku), jeśli zaś jest to niezbędne, należy po zabiegu stosować je przez długi czas progesteron w dużych ilościach.

Fizjologia ciałka żółtego. Ciałko żółte ciążowe. (Physiologie du corps jaune. Le corps jaune gravidique). Simonnet, Robey,

Gynécologie et Obstétrique, T. 39, Nr. 1. Str. 5 — 12.

Ciałko żółte jest tworem przejściowym, rozwijającym się pod wpływem hormonów w tkance jajnikowej, charakteryzującym się luteinizacją komórek.

Ciałko żółte powstałe w pęcherzyku, z którego wydobyło się jajo — jest to c. żółte prawdziwe, — zaś powstałe w pęcherzyku zanikającym, atretycznym — jest c. żółtym pozornym. Nie można określić od jakiego okresu rozwoju pęcherzyka może powstać luteinizacja, — w każdym razie pęcherzyki pierwotne nie ulegają jej.

Na zależność jajeczkowania i luteinizacji wskazuje zahamowanie jajeczkowania podczas obecności ciałka żółtego. Powstanie ciałka żółtego prawdziwego warunkuje: działanie hormonu pęcherzykowego i potem luteinizującego (po pęknięciu pęcherzyka). Natomiast sam proces luteinizacji może powstać bez dojrzewania i pęknięcia pęcherzyka, — pod wpływem hormonów luteinizujących przedniego płata przysadki. Odgrywa tu też rolę układ nerwowy (unerwienie sympatyczne jajnika).

Rola ciałka żółtego w ciąży jest bardzo rozległa. Powoduje ono przede wszystkim (po przygotowaniu śluzówki do zagnieżdżenia jaja): 1. pojawienie się koloidów i zwiększenie lipoidów i 2. zahamowanie dojrzewania pęcherzyków i jajeczkowania.

Zahamowanie jajeczkowania jest tym bardziej zastanawiające, że ustrój jest nasycony czynnikami gonadotropowymi od pierwszych dni ciąży. Możliwe, że ciałko żółte działa wprost na młode pęcherzyki, czyniąc je niewrażliwymi na pobudzenie gonadotropowym hormonem przysadki. Według innej teorii czynniki gonadotropowe muszą być w czasie ciąży przerobione przez przysadkę.

Przetrwanie ciałka żółtego uzależnione jest od rozwoju kosmków chorialnych. Czynnikiem luteinizującym może być prolan B — jako dalszy ciąg działania po jajeczkowaniu. Należy też brać pod uwagę rolę ciał rujotwórczych.

Pochodzenie gonadotropowego czynnika luteinizującego może być równie dobrze łożyskowe jak przysadkowe. Co do folikuliny ,to możliwe jest pochodzenie jajnikowe, lecz głównym źródłem jej jest łożysko. Działanie luteinizujące folikuliny jest pośrednie poprzez przysadkę, — działanie czynników gonadotropowych wymaga też obecności przysadki.

Główna rola ciałka żółtego w ciąży polega na działaniu na śluzówkę macicy i przeciwdziałaniu pobudzającemu i uczulającemu wpływowi estryny na mięsień macicy. Działanie to ma znaczenie tylko w 1-szej połowie ciąży (w przeciwieństwie do niektórych zwierząt). Niemniej w późniejszym okresie rozwija się c. żółte, nadal produkując hormony.

Przed porodem ciałko żółte zanika — pojawia się potem wydzielanie mleka, uzależnione od stopnia uprzedniego przygotowania gruczołu mlecznego przez działanie synergetyczne folikuliny i progesteronu.

Fizjologia ciałka żółtego. Ciałko żółte miesiączkowe. (Physiologie du corps jaune. Le corps jaune menstruel). Simonnet, Robey.

Gynécologie et Obstétrique, T. 39, Nr. 1. Str. 13 — 18.

Znaczenie ciałka żółtego miesiączkowego było przez długi czas nieznane. Dziś wiemy, że w okresie swojego istnienia ciałko żółte wytwarza hormony własne, wpływające na zmiany w śluzówce macicy. Poza tym wytwarza również ciała o działaniu estrogennym. Czas trwania ciałka żółtego miesiączkowego dochodzi do 14 dni, nie wiemy jednak kiedy i jak długo trwa okres jego czynności. Wstrzyknięcie hormonu ciałka żółtego zatrzymuje miesiączkę, która pojawia się po przerwaniu leczenia.

Rolę ciałka żółtego w cyklu

miesiączkowym różni badacze różnie tłumaczą. Jedni twierdzą, że c. żółte nie ma żadnego wpływu na miesiączkę, opierając się między innymi na stwierdzanych ostatnio dość często miesiączkach bez uprzedniego jajeczkowania.

Według innych ciałko żółte ma wpływ na mechanizm powstawania miesiączki, początkowo za pośrednictwem progesteronu wywołując zmiany w śluzówce macicy, potem, pod koniec cyklu, pod wpływem przysadki wywołuje spadek folikuliny.

Autor tłumaczy rolę ciałka żółtego w następujący sposób: Rozwój ciałka żółtego zależy od bodźca hormonalnego, dostarczanego przez przysadkę. Gdy nie nastąpiło zapłodnienie, to wydzielanie przysadki ustaje, a ciałko żółte zanika. W wypadku zapłodnienia jaja chorion wydziela czynnik luteinizujący, który podporządkowuje się czynnikowi luteinizującemu przysadkowemu. Równocześnie poziom folikuliny pozostaje wysoki wskutek tego, że wytwarzają ją: ciałko żółte i chorion. Ta folikulina zmienia strukturę przysadki i hamuje jej wydzielanie.

Z drugiej strony wiadomo, że niektóre wyciągi przysadki mogą wywołać miesiączkę u kastrowanych zwierząt, tak jakby istniał hormon wywołujący miesiączkę. Prawdopodobne więc jest, że obniżenie poziomu folikuliny w następstwie zaniku ciałka żółtego, uwalnia to ciało wywołujące miesiączkę.

Autor określa więc rolę ciałka żółtego jako drugorzędną, zależną od rozwoju anatomicznego i hormonalnego pęcherzyka Graaf'a. Hormon luteinowy uzupełnia działanie folikuliny, rola jego jest przejściowa.

Krwotoki w pierwszej połowie ciąży, wywołane łożyskiem przodującym. (Les hémorrhagies graves par insertion basse de l'oeuf dans les premiers mois de la gestation). R. Lyonnet i Ambre Ch.

Revue française de gynécologie et d'obstétrique, 1938 r., Nr. 8. Str. 613 — 622.

Zdaniem autora łożysko przodujące wywołuje krwotoki nie tylko w ostatnich miesiącach ciąży, jak powszechnie przypuszczają, lecz także dość często w 3 — 5 miesiącu ciąży.

Mechanizm krwotoku tłumaczy autor w sposób następujący: Doczesna prawdziwa, która na początku ciąży tworzy grubą warstwę, zaczyna zanikać pod koniec IV-go miesiąca i zlewać się z doczesną odgiętą. O ile łożysko jest usadowione nad ujściem wewnętrznym, to kosmki po zaniku doczesnej zostają obnażone, co wywołuje krwawienie początkowo nieduże. Rozmiary późniejszego krwotoku i utrzymanie ciąży zależą od mechanizmu zatrzymania krwawienia, który nie jest znany. O ile zatrzymanie krwawienia odbędzie się bez wytworzenia dużych skrzepów, krwawienie ustępuje i kobieta zdolna jest donosić ciążę. Jeżeli natomiast wytworzą się większe skrzepy, są one czynnikiem drażniącym ujście i pobudzają do skurczów macicę, wyzwalając akcję porodową bądź poronienie. Postępowanie lekarskie dążyć musi do ukończenia porodu.

W wypadku stwierdzenia rozwarcia należy przebić pęcherz płodowy, co wybitnie zmniejsza rozmiary krwawienia i często wyzwala przy zastosowaniu hypofizyny lub chininy, samoistny poród lub poronienie. O ile poród przedłuża się, należy przyspieszyć go przez tamponadę szyi lub rzadziej przez założenie balonu lub obrót Braxton Hicks'a.

Jeżeli podczas krwotoku ujście jest jeszcze zamknięte, autor tamponuje szyję i po uzyskaniu rozwarcia postępuje jak poprzednio. Autor uważa tamponadę szyi za dobry bodziec przyspieszający poród bądź poronienie, jednak przestrzega przed wykonywaniem tego zabiegu w praktyce prywatnej, tj. w warunkach niezupełnie aseptycznych. W przypadkach zebranych przez autora, tamponada nie wywołała gorączki. We wczesnym okresie ciąży obrót Braxton Hicksa jest wyjątkowo rzadko stosowany, częściej autor zakłada balon. Przeciwwskazane jest także zdaniem autora forsowne, szybkie rozszerzanie szyi i szybkie opróżnianie jamy macicy.

Na zakończenie autor przytacza szereg przypadków i zaznacza, że krwotok w I-szej połowie ciąży jest mniej groźny dla życia pacjentki, niż w końcu ciąży.

T. Zawodziński.

ORTOPEDIA.

Naczyniaki kręgów. (L'angiome vertébral). Jacobovici.

Revue d'Orthopédie, Nr. 1, 1939.

Unaczynienie poszczególnych kręgów i całego kręgosłupa jest b. obfite. Uwarunkowane jest ono bardzo znaczną ilością naczyń tętniczych, a jeszcze większą ilością naczyń żylnych. Anatomowie dzielą żyły kręgosłupa na 4 zasadnicze układy: żyły rdzenia, żyły wewnątrz kanału kręgowego, żyły kręgów właściwe i żyły zewnątrzkręgowe. Wszystkie wymienione układy żylne posiadają liczne wzajemne połączenia i tworzą dwa duże sploty żylne: wewnątrz- i zewnątrzkręgowy. Obfitość sieci żylnej tłumaczy częstość występowania naczyniaków kręgosłupa. Makrycostos, po dokładnym zbadaniu kręgosłupów na 12 zwłokach, stwierdził naczyniaki w 41 kręgach. Schmorl na 1142 zbadanych kręgosłupów znalazł 115 kręgów, dotkniętych naczyniakiem. Badania Junghaunsa, przeprowadzone na 3892 zwłokach, doprowadziły do wniosku, że 10,68% kręgów jest siedliskiem naczyniaka. Wyniki badań Toepfera wykazują, że jest to cierpienie jeszcze częstsze, bo dotyczy ono w jego materiale 11,93% kręgów.

Wiek chorych, u których występuje naczyniak kręgu, waha się w dość dużych granicach; najmłodszy wiekiem chory, u którego stwierdzono omawianą zmianę chorobową, liczył 15 lat, najstarszy — 64 lata. Naczyniaki kręgów występują nieco częściej u kobiet (54,1% przypadków) niż u mężczyzn (45,9%). Uraz jako czynnik przyczynowy, wydaje się posiadać wątpliwe znaczenie, jakkolwiek niektórzy (Georgesco, Lièvre, Paltrinieri) podkreślają jego znaczenie w etiologii, a jeszcze bardziej dla szybkości rozwoju omawianego cierpienia.

Naczyniak może powstawać i rozwijać się w każdej okolicy kręgosłupa. Najczęściej wszakże występuje w kręgach grzbietowych, rzadziej w kręgach lędźwiowych, jeszcze rzadziej — w kręgach szyjnych. Rozmiary guza przedstawiają się rozmaicie: najczęściej są to guzy bardzo małe, niekiedy jednak średnica ich osiąga 20 cm i więcej. Guzy większych rozmiarów przekraczają, rzecz prosta, granicę kręgosłupa i atakują tkanki oraz narządy sąsiednie.

Objawów typowych w tych razach, gdzie chodzi o naczyniaki małe, brak zupełny. Zresztą w większości przypadków naczyniaki kręgów, nawet sporych rozmiarów, niczym nie zdradzają swego istnienia. Zostają stwierdzone przypadkowo podczas badań pośmiertnych, w czasie operacji, niekiedy badaniem rentgenowskim. Tam, gdzie obecność ich powoduje objawy chorobowe w postaci rozmaitego rodzaju dolegliwości, rozpoznanie najczęściej bywa błędne. Dolegliwości wywołane przez naczyniak często bywają przyjmowane za objawy zapalenia wyrostka robaczkowego, za choroby nerek, za gruźlicę kręgosłupa itd. Przyczyną błędnych rozpoznań bywa najczęściej ta okoliczność, że o naczyniakach kręgów większość chirurgów nie pamięta albo nie docenia ich roli w patologii układu kostnego i układu nerwowego.

Ścisłe rozpoznanie sprawy bez badania promieniami Rentgena bywa najczęściej zupełnie niemożliwe. Dodać należy, że badanie to nie zawsze prowadzi do właściwego rozpoznania, które musi uwzględniać w różniczkowaniu szereg innych zmian chorobowych kręgosłupa, dających niekiedy podobne objawy na kliszy (spondylitis posttraumatica, spondylitis tbc, myeloma multiplex, morbus Recklinghauseni, morbus Pageti, osteomyelitis, lues vertebrae i inne), cechujące się głównie rozrzedzeniem kości oraz powstawaniem w niej nieprawidłowego kształtu jam i jamek.

Rozwój choroby jest bardzo powolny, trwa lata całe. Rokowanie zawsze wątpliwe, ponieważ postępujący rozwój naczyniaka może doprowadzić do silnych i trwałych nerwobólów a nawet — w razie zajęcia albo ucisku rdzenia — do porażenia kończyn. Leczenie często zawodzi, zwłaszcza leczenie energią promieniotwórczą. W niektórych przypadkach uzyskano zachęcające wyniki po wstrzykiwaniu do guza alkoholu. W przypadkach porażenia kończyn, spowodowanego uciskiem guza na rdzeń, usprawiedliwiona bywa operacja odbarczająca rdzeń (laminectomia); wyniki tej operacji nie są jednak zachęcające.

Leczenie złamań górnej części kości promieniowej. (Traitement des fractures de l'extrémité supérieure du radius). Lasserre et Saft.

Bordeaux Chirurg., Nr. 4, 1938.

Praca oparta na 20 przypadkach, które obejmowały 6 przypadków złamania główki kości promieniowej, 5 przypadków złamania szyi tej kości, 4 przypadki złamania główki i szyjki oraz 5 przypadków, gdzie złamaniom górnej części towarzyszyły złamania innych kości w okolicy łokciowej. Wszystkie tego rodzaju złamania — o ile nie ma przemieszczenia odłamów — leczą się bardzo dobrze metodami zachowawczymi w opatrunkach gipsowych. Unieruchomienie trwać winno 1 — 3 tygodni, zależnie od przypadku. Leczenie operacyjne bywa wskazane jedynie wtedy, gdy przemieszczonych odłamów — jak to najczęściej bywa — nie udaje się nastawić.

Zwichnięcia w stawie Lisfranca. (Luxations de l'articulation de Lisfranc). D. Jazikoff.

Revue d'Orthop. T. 26, Nr. 2, 1939.

Zwichnięcia w stawie Lisfranca zdarzają się nie często, jednak zasługują na większą uwagę, ponieważ są to zmiany miarowe, trudne do rozpoznania i do leczenia, powodujące przy tym często trwałe kalectwo. Autor w piśmiennictwie światowym znalazł opisy 177 przypadków tego cierpienia, osobiście spostrzegał 3 przypadki, które przytacza dość szczegółowo. Omawiane zwichnięcia powstają z reguły pod wpływem urazu o działaniu bezpośrednim, a przy tym urazu o bardzo dużej sile. Rozpoznanie utrudniają współistniejące obrażenia bezpośrednio grożące życiu, na których skupia się uwaga chirurga, następnie wylewy krwawe w stopie, współistniejące złamania kości śródstopia itd. Te okoliczności tłumaczą, że w większości opisanych przypadków rozpoznawano zwichnięcie z większym albo mniejszym opóźnieniem, co wybitnie utrudniało nastawienie zwichnięcia i najczęściej uniemożliwiało odtworzenie prawidłowych stosunków anatomicznych stopy. Autor zaleca wobec tego w każdym przypadku, gdzie zachodzi uzasadnione podejrzenie zwichnięcia w stawie Lisfranca, możliwie rychło uciekać się do badania promieniami Rentgena, a w razie stwierdzenia zwchnięcia, jak najszybciej przystępować do jego nastawienia metodą Böhlera w znieczuleniu miejscowym albo w uśpieniu.

Jak wynika z piśmiennictwa, nastawienie drogą niekrwawą udaje się co najmniej w połowie przypadków. Przyczyną jest po części złożona budowa stawu, po części — interpozycja odłamów kostnych, mięśni i wiązadeł stawowych.

W przypadkach, w których próba nastawienia zwichnięcia drogą niekrwawą zawiodła, stosują niektórzy nastawienie krwawe. Zdaniem autora, wyniki nastawienia zwichnięcia metodą krwawą są jednak tak niepomyślne, że lepiej z tej metody zrezygnować, zastępując ją terapią fizykalną i ortopedyczną.

Ostrowski.

ELEKTRORENTGENOLOGIA.

Elektrorentgenologia w 1939. (L'Electro-Radiologie en 1939). A. Dagnen i H. Desgrez.

Paris Médical, Nr. 5, 1939, str. 101 — 106.

Rok 1938 zaznaczył się licznymi publikacjami z zakresu elektrorentgenologii ze szczególnym uwzględnieniem zagadnień techniki, które — zapoczątkowane w ostatnich czasach — zaledwie zaczynają dawać wyniki. W powyższych publikacjach znajdujemy liczne sprawozdania z badań rentgenograficznych przeprowadzanych przy pomocy nowoczesnej techniki. Rentgenolodzy mający do swego rozporządzenia nowoczesne przyrządy, zajęli się przede wszystkim badaniem płuc, specjalnie zaś gruźlicy płuc. Nie możemy w ramach tego artykułu podać wszystkich doniesień, ciekawych ze względu na zdjęcia rentgenologiczne. Zdjęcia te wymagają umiejętnego odczytywania, gdyż w pierwszej chwili mogą sprawiać trudności. Zaznaczymy tu jedynie kilka następujących doniesień, przedstawionych na posiedzeniu Francuskiego Lekarskiego Tow. Elektrorentgenologicznego. — Leon Kindberg i Gerard: Przedstawienie kilku „biotomów płucnych" wykonanych przy pomocy aparatu Bocage. (s. 217, t. XXVI). C a-

mino: Tomografia płucna: niewystarczalność rentgenografii; (s. 392). Delaborde — Kilka zdjęć stratigraficznych. (s. 438). Massiet — Kilka wyników planigraficznych otrzymanych przy pomocy biotomu. (s. 486). Renneau: Rok stratigrafii płucnej stosowanej metodą Vallebona (s. 494). Delaborde — Stratigrafia z punktu widzenia płuc i kości. (s. 503). L. Kindberg, Delherm, Devois i Dumas — Nasze doświadczenia w zakresie tomografii płucnej. (s. 565). Babin, Woetzel i Delaborde — Przedstawienie klisz stratigraficznych (s. 590). Charles — Doniesienia z zakresu tomografii. (s. 678). Cheussat — W sprawie zdjęć seryjnych (s. 678). Doniesienia dotyczące innych narządów znajdujemy w pracy Canuyt, Gunsett i Grenier: — Nowe zastosowanie planigrafii do fizjologii krtani. (analizę podajemy poniżej). Z czasopisma: *Bulletin officiel de la Société française d'électrothérapie et de radiologie médical,* zaznaczamy następujące prace: Thiel — Radiotomia, ze szczególnym zastosowaniem w medycynie i chirurgii płuc. (s. 108, t. XLVII i s. 13). Ameuille — G. Ronneau i Lemeine — Przyczynek do wskazań rentgenografii płuc (s. 137). Roquet — Możliwości rentgenografii analitycznej płuc chorych. Nowe wyniki badania (s. 140). Dramez — Badanie metod radiotomicznych. Ich wartość przy rozpoznawaniu chorób płuc. Willemin, Mal de Pett — Studia planigraficzne (s. 205). Didiée — Przedstawienie stratigramów. Laignel — Lavastine — Lefebvre i Cacheme — Przerzut kręgowy raka piersi z punktu widzenia tomografii (s. 221). Delherm, Kindberg, Devois i Dumas — Badanie płuc i Delherm, Devois i Rulliere: Próby planigrafii wielkich naczyń podstawy serca (s. 240).

RADIODIAGNOSTYKA.

P. Cottenot — **Przedstawienie kompasu służącego do lokalizacji ciał obcych.**

M. B. et M. Soc. élect. rad. méd. fr. T. XXVI, n. 246, s. 88.

Beauvieux, Bessiére i Guichard. Umiejscowienie ciała obcego oka przez wstrzyknięcie przetworu kontrastującego w przestwór międzypowięzowy.

B. et M. Soc. méd. fr. t. XXVI, n. 250, s. 436.

Po znieczuleniu kokainą spojówki, wstrzyknięcie 10 centygramów lipiodolu w przestwór międzypowięziowy pod ścięgno zewnętrznego prawego mięśnia. Rengenografia pozwoliła wówczas ściśle określić położenie śródoczne ołowiu (plomb de chasse), co potem zostało sprawdzone przez wyłuszczenie oka.

Canuyt, Gunsett i Greiner. Nowe zastosowanie planigrafii do fizjologii i patologii krtani. Rak zatoki gruszkowatej wyśledzony w zarodku przez planigrafię.

B. et M. Soc. élect. rad. méd. fr. t. XXVI, n. 251, s. 507.

Dzięki planigrafii autorzy opisali zmiany fizjologiczne zachodzące w krtani podczas proce-

su mówienia. Badanie fizjologii krtani dało im możność poczynienia spostrzeżeń nad patologicznymi zmianami krtani, a mianowicie nad: ostrym zapaleniem krtani, nad papillomatozą i dwa spostrzeżenia nad rakiem zatoki gruszkowatej wyśledzone w zarodku metodą planigrafii. Te dodatkowe dane planigraficzne mogą być pożyteczne i ścisłe.

L e d o u x - L e b r a n d, G a r c i a - C a l d e r o n i D j i a n. Rentgenografia krtani i jej technika.

B. et M. Soc. élect. rad. méd. fr. t. XXVI, n. 240, s. 93.

W 1914 r. R e t h i zalecał rentgenografię krtani metodą filmu śródgardłowego. Powyższa technika, podjęta niedawno przez Waldapfla, jest przedmiotem niniejszego doniesienia.

R e n n e a u x. Uwagi z zakresu rentgenofotografii.

B. et M. Soc. élect. rad. méd. fr. t. XXVI, n. 253, s. 624.

Rentgenofotografia jest stosowana w Brazylii przez Manoela de Abreu, który podał jej technikę.

W e i g e l. Nadmuchiwanie grubej kiszki jako środek diagnostyczny w przypadku przetoki żołądkowookrężniczej — pozostałości po pooperacyjnym wrzodzie trawiennym jelita czczego.

B. et M. Soc. méd. fr. t. XXVI, n. 251, s. 532.

Podejrzewając wrzód trawienny żołądka, autor przeprowadził badanie i zauważył na jednym ze zdjęć rentgenologicznych nieco papki kontrastowej w okrężnicy poprzecznej. Spostrzeżenie to skłoniło go do zastosowania nadmuchiwania okrężnicy sondą; wówczas zauważył zjawisko dotąd nie opisywane — możność wzdęcia żołądka przez nadmuchiwanie do odbytnicy. Dowód występowania przetoki staje się wtedy bezsprzeczny.

M. P i c a r d. Systematyczne przemywania wodą barową, celem wyśledzenia utajonej gruźlicy kiszek.

B. et M. Soc. élect. rad. méd. fr.

Gruźlica kiszek występuje o wiele częściej niżby się zdawać mogło u gruźlików z ogniskami słabo rozwiniętymi albo zupełnie wygasłymi. Rentgenografia systematyczna wraz z przemywaniami wodą barytową pozwoli na ustalenie rozpoznania. Rozpoznanie to jest ważne, gdyż wrzodziejąca gruźlica jelit łatwo poddaje się leczeniu. Najważniejsze jej objawy są ogólnie znane, autor kładzie więc nacisk na mniej znane: miseczkowate obniżenie wewnętrznego brzegu ślepej kiszki na wysokości ujścia jelita biodrowego.

B e r n a s c e n i, V i a l l e t i M a r c h i o n i. Przypadek olbrzymiej nieprzezroczystości gruczołu krokowego.

B. et M. Soc. élect. rad. méd. fr. t. XXVI, n. 247, s. 182.

Na ogół kamienie gruczołu krokowego nie są duże. Kamień wykazany przez zdjęcie rentgenologiczne posiada znaczną objętość i jest nieprzezroczysty. Chodzi w danym przypadku o zwapniały nowotwór gruczołu krokowego. Zdaje się, że tego rodzaju zdjęcie zostało opublikowane po raz pierwszy.

G u e r i n i L a c h a p e l e. Platybrachyspondylie.

B. et M. Soc. méd. fr. t. XXVI, n. 248, s. 282.

Cierpienie powyższe, zaznaczające się rozszerzeniem i obniżeniem kręgów, jest bardzo rzadkie: dziesięć przypadków we Francji, 24 za granicą, dlatego uważamy za wskazane podać wzmiankę o szczegółowych spostrzeżeniach autora.

B i l l a n t, D u f e u r i T h i b e u m e r y. Przypadek obustronnego wrodzonego zesztywnienia łokcia.

B. et M. Soc. élect. rad. méd. fr. t. XXVI, n. 248, s. 238.

Jedyny analogiczny przypadek ogłosili Meucher i Saint - Pierre w 1931 r. Brak stawu i kościozrost jednej z kości przedramienia z kością ramieniową (w tym przyp. kością promieniową).

Promienie Rentgena i radu. Biologia. Lecznictwo.

Paris Médical, N. 5, 1939, s. 103.

K. S t a u n i n g i J. L o b e r n i n g. — O fizyko — biologicznym wyniku leczniczym promieni X.

Kolloidztschr. t. LXXXIV, p. 319, 138.

Obrzęk in vitro większości tkanek wzrasta pod wpływem umiarkowanej dawki promieni X. Do najsilniej obrzmiewających należą: rdzeń kręgowy, płuca, chrząstka, nerki. Przeciwnie, skóra i tarczyca wykazują mniejszą skłonność do nabrzmiewania.

A. M a r s h a k i J. C r a m e r H u d s o n. Dawkowanie promieni X ze względu na ich działanie na chromozomy.

Radiology, T. XXIX, n. 6, p. 669, 1938.

Badania przeprowadzono nad sadzonkami cebuli. Podczas procesu dzielenia się komórek, chromozomy pozostają bądź niezmienione, bądź też rozpadają się. Dawka 40 r. wystarcza do wywołania widocznych uszkodzeń. Wynik jest niezależny od jakości promieni:

K. M a r d e r s t e i g. Działanie promieni Rentgena na krwiotwórczość.

Strahlenther. t. LXI, P. 107, 1938.

Całkowite naświetlanie królików daje przy dawce 50 r znaczny wzrost czynności szpiku kostnego. Dawki całkowite 250 r osłabiają tę czynność po jej chwilowym silnym pobudzeniu. Powtarzanie małych dawek daje ten sam wynik. Naświetlanie krwi in vitro nie daje wyniku poniżej 300 r., powyżej — nie dopuszcza do dojrzewania komórek tkanki siateczkowej.

K. M a r d e r s t e i g. Znaczenie mianowania retikulocytów dla personelu zatrudnionego przy rentgenoterapii.

Strahlenther, t. LXI, p. 279, 1938.

Obok zmian w białych ciałkach krwi (leukocytarnych) można nieraz zauważyć wzmożoną czynność układu krwiotwórczego, retikulocytów i hemoglobiny.

G. M i e s c h e r. Badania porównawcze nad swoistością działania promieni Rentgena.
Strahlenther, t. LXI, p. 4, 1938.

Porównanie wyników oddziaływania na skórę ciepła, promieni ultrafioletowych, promieni Rentgena, toru, stosowanych w dawkach zmiennych.

J. B o r a k. Biologiczne podstawy metody naświetlania cząstkowego owrzodzeń złośliwych:
Strahlenther, t. LXI, p. 63, 1938.

Dawka stosowana w całości zawsze działa mocniej niż ta sama dawka rozdrobniona. Ważna jest zdolność kumulacyjna poszczególnych tkanek. Im wrażliwsza jest dana tkanka na działanie promieni, tym większą posiada zdolność kumulacyjną, tak że rozkładając dawki według metody Regaud i Coutard, powiększamy wrażliwość tkanki rakowej na działanie promieni.

A i m e r (V i c h y). O działaniu leczniczym promieni Rentgena na zapalenie palca z zanokcicą, wywołane zabiegami kosmetycznymi.
B. i M. Soc. Méd. fr. t. XXVI, n. 3, 381.

Leczenie promieniami X takie, jakie stosuje się w schorzeniach zapalnych, pozwala na leczenie z dobrymi wynikami przypadków zapalenia palca. Może się zdarzyć, że wypadnie zastosować jednocześnie przyżeganie, celem zniszczenia tkanki granulacyjnej, mogącej spowodować przerwanie ciągłości paznokcia.

R. S c h i l l i n g e r. Leczenie promieniami Rentgena ostrego zapalenia wyrostka sutkowego.
Arch. phys. ther. t. XIX, p. 295, 1938.

W bardzo wielu przypadkach w braku wskazań na natychmiastową operację, leczenie promieniami Rentgena daje wyniki doskonałe. Twardość promieni mała. Dawki od 15 do 25 r.

W. S t r e i l. Leczenie promieniami Rentgena nosicieli zarazków błonicy.
Strahlenther, t. LXI, p. 130, 1938.

Pod działaniem dawki 50 r. na poszczególne pola (nosowe, migdałków) osiąga się zupełne zniknięcie zarazków błonicy w 97 na 100 przypadków, pod warunkiem usunięcia chorych dotkniętych innymi chorobami zaraźliwymi.

G a u d u c h e a u i B a r o n. Gruźlica pierwotna tchawicy i oskrzeli leczona promieniami Rentgena.
B. et M. Soc. élect. rad. méd. fr. t. XXVI, n. 248, p. 264.

Stosowane już przez Hicquet i Henneberta w przypadkach gruźlicy (sous - glottique), leczenie promieniami Rentgena, nie było wzmiankowane w leczeniu gruźlicy tchawicy i oskrzeli.

L e d o u x - L e b a r d. Rentgenoterapia choroby kości Pageta.
B. et M. Soc. élect. rad. méd. fr. t. XXVI, n. 247, s. 161.

Pod wpływem leczenia promieniami X bóle ustępują na przeciąg kilku miesięcy. Leczenie obejmuje serie od 800 do 1500 r, natężenie promieni 200 kV, przepuszczonych przez ½ milimetra miedzi i 2 milimetry aluminium. Serie te stosuje się co 6 miesięcy, następnie co rok, zależnie od stanu chorego.

P o u l a i n (L o n s - l e - S a u n i e r). Przerzut pacierzowy raka piersi leczonego metodą napromieniowania odległościowego.
B. et M. Soc. élect. rad. méd. fr. t. XXVI, n. 246, s. 100.

Liczba powyższych spostrzeżeń jest niewielka. Autor uważa za wskazane przytoczyć następujący przypadek: Pierwsza seria naświetlań promieniami Rentgena nie dała wyniku. Następnie — zastosowane według techniki Malleta — napromieniowanie odległościowe Rentgenem spowodowało przyrost wagi, zniknięcie bólów i cofnięcie się wysięku. Dawki były następujące: pierwsza seria obejmowała 26 posiedzeń rozłożonych na przeciąg 6 tygodni; dawka całkowita — 650 r. Następne serie po 300 r, ogółem stosowane co dwa miesiące. Poprawa trwała rok. Pięciomiesięczna przerwa w leczeniu spowodowała silne pogorszenie.

H. S c h i n z. Wyniki pięcioletnego leczenia promieniami Rentgena raka szyjki macicznej podane na podstawie prac sekcji Higieny Ligi Narodów.
Strahlenther. t. LXI. s. 38, 1938.

Porównanie danych statystycznych z Brukseli, Liverpoolu, Londynu, Paryża i Stokholmu, z jednocześnie przeprowadzoną dyskusją nad różnorodnymi przyczynami mogących się wkraść błędów. Najlepsze wyniki wykazały: jeden z ośrodków Londynu (Hurdon) i Paryż — na 100 chorych 41 i 47 wyleczonych.

J. C o u r t i a l. Leczenie promieniami X pierwotnych nabłoniaków pochwy.
Arch. d'élect. méd. 46 an., n. 639, 1938.

Dane statystyczne Instytutu Radowego w Paryżu wykazują, że pierwotny nabłoniak pochwy wymaga leczenia tego samego rodzaju co i nabłoniak szyjki macicy, gdyż posiada jej budowę histologiczną. Należy więc zastosować następujące analogiczne leczenie: śródjamowe naświetlanie pochwy promieniami radu z dołączeniem we wszystkich przypadkach, w których rak przekroczył stadium lokalne, naświetlań dokołamiedniczych (głębokie napromieniowanie odległościowe radowe lub leczenie promieniami Rentgena). Wobec silnej skłonności do rozszerzania się sprawy chorobowej, zapobiegawcze leczenie promieniami stanowi jeden z najważniejszych czynników rokowania lekarskiego.

E. V. S c h u b e r t. Sześć i pół lat leczenia bardzo głębokimi naświetlaniami promieniami X.
Strahlenther. t. LXI. s. 97, 1938.

Autor posługuje się od 1930 r. aparatem o sile 600,000 volt i stosuje całą dawkę 2000 r w ciągu dwóch lub trzech dni. Jego zdaniem wyniki osiągnięte tą metodą wykazują jej wyższość nad innymi. Skąpe dane statystyczne nie potwierdzają tego przypuszczenia.

W. G a s s m a n n. Powierzchowne leczenie promieniami Rentgena. Stykowe (kontraktowe) leczenie promieniami Rentgena (metoda Chaoul).
B. et M. Soc. élect. rad. méd. fr. t. XXVI, n. 251, s. 534.

W powyższym artykule streszcza autor technikę leczenia i opisuje parę ciekawych przypadków

raka, leczonego z dobrymi wynikami tą metodą od lat kilku. Zaznaczamy tu 14 przypadków raka odbytnicy, z których 12 zostało klinicznie wyleczonych. Zastosowanie promieni Rentgena na małą odległość pociąga za sobą konieczność poprzedniego zabiegu chirurgicznego, wyodrębniającego miejsce schorzałe, które ochrania się opatrunkiem w ciągu naświetlań.

G. J. Van. Der Plaats. Żegadło rentgenowe - teoria i użycie.

Strahlenther. t. LXI, s. 84, 1938.

Kilka szczegółów dotyczących metody Chaoula, polegającej na użyciu lampy specjalnej, której ognisko umieszcza się bardzo blisko skóry. Wskutek szybkiego zmniejszania się natężenia promieniowania w miarę zwiększania się odległości, można bezpiecznie niszczyć zbędne tkanki.

A. Karsten. Leczenie nowotworów złośliwych promieniami X, stosowanymi na małą odległość.

Arch. d'élect. méd. 46 an., n. 639, 1938.

Autor zaleca do leczenia przypadków raka rozpadowego, umiejscowionego i dostępnego, użycia specjalnych lamp, które, chroniąc chorego przed porażeniem elektrycznością, pozwalają na naświetlanie na małą odległość co ze swej strony, dzięki użyciu promieni słabo przenikających, w możliwie wysokim stopniu ogranicza działanie promieni do komórek nowotworowych.

Belot, Nahan i Marquis. Kilka przypadków popromiennych zapaleń skóry i tkanek obumarłych, — leczonych i wyleczonych maściami robionymi na tranie ryby (fletan).

B. et M. Soc. élect. rad. méd. fr. t. XXVI, n. 247, s. 158.

Autorzy opisują kilka spostrzeżeń, które jasno wykazują mechanizm działania tych maści: glutation i witamina A są dwoma czynnikami niezbędnie potrzebnymi do rozwoju komórek. Wysychanie miejsc zranionych i ich bezbolesność są objawami bezpośrednimi, poprzedzającymi właściwe zabliźnianie się. Tran z ryby „fletan" wydaje się działać bardziej czynnie niż tran wątroby wątłusza, zawiera bowiem od czterech do ośmiu razy więcej witaminy A.

Van Hove. Radioaktywność krwi i innych tkanek po zastosowaniu radioaktywnych wstrzyknięć.

Strahlenther . t. LXI, s. 300, 1938).

Radioaktywność krwi zmniejsza się szybko począwszy od czwartego dnia, ale w niektórych przypadkach można ją stwierdzić jeszcze czterdziestego piątego dnia i nawet po upływie dwóch miesięcy. Rad umiejscawia się przede wszystkim w nadnerczach, w szpiku kostnym, w śledzionie, w płucach i w trzustce.

Janitzky, Krebs, Rajewsky. Badania nad zatruciem ustroju radem.

Strahlenther. t. LXI, s. 254, 1938.

Rad wprowadzony do ustroju pozostawia w nim produkty radioaktywne, które osiadają głównie na wątrobie, na śledzionie i szpiku kostnym. Następstwem tego jest niższa granica tolerancji od tej, jaka odpowiadałaby w jednostkach r, dawce atoksycznej promieni Rentgena (0,04 r—sec.).

H. Vollmer. Biologiczne działanie światła barwnego.

Arch. phys. ther. t. XIX.s. 197, 1938.

Działanie światła czerwonego opóźnia kiełkowanie soczewicy i przyspiesza jej wzrost. Światło czerwone nie wywiera wpływu na wzrost szczurów, na zawartość we krwi wapnia i fosforu, na budowę przysadki, jajnika i jądra. Jeśli wydaje się, że leczenie przeprowadzane w pokoju czerwonym zapobiega ropieniu i wytwarzaniu się strupów w przebiegu ospy, jest to objaw ujemny, spowodowany usunięciem promieniowania chemicznego. Autorowi nie udało się stwierdzić żadnego działania promieni czerwonych na krążenie skórne, na różę, na wysypkę, na liszaj rumieniowaty.

Denier. Elektronarkoza.

B. O. Soc. fr. élect. et rad., T. XLVII, n. 6, s. 164.

Użyty prąd posiada częstotliwość 80.000 do 120.000 na sekundę. Napięcie 20 do 45 miliamperów odpowiadających 80 do 140 Ma stałych. Znieczulenie całkowite, bez wywoływania objawów podrażnienia ruchowego, które występowały przy dotychczasowych metodach. Doświadczenie przeprowadzane tylko na zwierzęciu.

Constantin Biarritz. Działanie galwanizacji mózgu (drogą dwuoczną) na równowagę układu błędno-współczulnego.

B. et M. Soc. méd. fr. t. XXVI, n. 248, s. 296.

Galwanizacja mózgu drogą dwuoczną wywiera pewien wpływ na podniesienie się napięcia układu błędno - współczulnego. Zdaje się, że działa ona głównie na układ współczulny i dlatego jest przeciwwskazana w przypadkach podrażnienia obu odnóg układu wegetatywnego. Wskazana jest natomiast we wszystkich przypadkach zmniejszenia się napięcia układu błędno - współczulnego z przewagą napięcia układu błędnego.

Thomas. Próby utrwalania wapnia w uszkodzeniach kostno - stawowych drogą stosowania diatermii i krótkich fal.

B. O. Soc. fr. élect. et rad. t. XLVII, n. 2, s. 67.

Technika polega na zastosowaniu wstrzyknięć śródżylnych glukonatu wapnia (5 cc) w przebiegu leczenia diatermią i fal krótkich. W chwili wstrzykiwania przerywa się prąd. Nagrzewanie diatermią zaleca się 2 razy tygodniowo od 35 do 40 minut. Zaleca się tę metodę leczniczą chorym, którzy już przeszli pierwszy okres gojenia się uszkodzeń kostnych lub kostno-stawowych i nie wykazują zdolności samorzutnego zwapnienia lub odbudowy tkanek. Już pierwsza seria naświetlań daje wyniki dobre.

R. M. Stecher. Leczenie rzeżączkowego zapalenia stawów metodą wywoływania gorączki.

Arch. Phys. Ther. t .XIX, s, 389, 1938.

Na 103 chorych osiągnięto całkowite wyleczenie w 54 przypadkach, poprawę w 31, brak do-

datnich wyników stwierdzono u 18 chorych. Utrzymywano ciepłotę do 39 — 40° w przeciągu 11 do 13 godzin. W przebiegu leczenia występują wymioty, biegunki, bredzenie, wysypki.

W. H. Schmidt. Sześć lat doświadczeń przeprowadzonych nad ciepłotą sztucznie wywoływaną.

Arch. Ther. t. XIX, s. 457, 1938.

4000 zabiegów zastosowanych w 350 przypadkach. W 100 przypadkach ogólnego paraliżu osiągnięto wyleczeń 28, polepszeń 35. W przypadkach rzeżączki przewlekłej na 98 kobiet leczonych elektrodami pochwowymi, tylko 5 wykazało gonokoki po jednym do trzech seansów. Na 26 mężczyzn — u 17 gonokoków nie stwierdzono. Osiągnięto również bardzo dobre wyniki w mnogim zapaleniu stawów. W 15 przypadkach pląsawicy uzyskano 10 razy wyleczenie. Żadnego wyniku nie otrzymano w przypadkach choroby Parkinsona, w zaniku wzroku na tle rzeżączkowym i sklerodermii.

Egan i Piaskoski. Elektropyreksia w przypadkach zakażenia rzeżączkowego.

Arch. Phys. Ther. t. XIX, s. 463, 1938.

Wyleczenie zupełne i trwałe w 90 przypadkach na 100. Ciepłotę należy podnieść do 39 — 40° na przeciąg 4 godzin i zastosować cztery lub pięć podobnych zabiegów z jedną- lub dwudniową przerwą. Jest to metoda delikatna i kosztowna, którą można zalecać tylko nielicznym chorym.

W. Dicker. Leczenie promienicy falami krótkimi.

Strahlenther. t. LXI, s. 338, 1938.

Autor przytacza dodatnie wyniki osiągnięte przez Liebesny'ego w przypadkach promienicy skórnej, i osobiście stwierdza brak wyników w przypadkach promienicy płucnej.

Zabokrzycki.

KRONIKA.

Komitet Organizacyjny Lekarskich Kursów Wakacyjnych w Ciechocinku-Cieplicy zawiadamia, że XII Lekarski Kurs Wakacyjny wraz z „Dniem Ginekologicznym" Warszawskiego Towarzystwa Ginekologicznego odbędzie się w dn. 1, 2, 3.IX.1939 r. w Ciechocinku-Cieplicy.

*

XI Zjazd Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego odbędzie się w Wilnie w dniach od 29.VI. do 2.VII.1939 r. według następującego programu:

29.VI. Zwiedzanie miasta, wieczorem herbatka zapoznawcza.

30.VI. i 1.VII. Przed i po południu posiedzenia referatowe.

2.VII. Wycieczki w okolice Wilna dla uczestników Zjazdu i osób towarzyszących.

Szczegółowy program Zjazdu wraz z odnośnymi drukami zostanie rozesłany w pierwszych dniach czerwca br.

Ostateczny termin zgłaszania tematów upływa z dniem 20.V.1939 r., a zgłaszania uczestnictwa z dniem 15.VI.1939 r.

Koszta udziału w Zjeździe wynoszą 20 zł; dla asystentów klinik i oddziałów szpitalnych oraz osób towarzyszących — 10 zł.

Dla uczestników Zjazdu będą zarezerwowane pomieszczenia w hotelach i w Klinice Dermatologicznej U. S. B.

Korespondencję w sprawie Zjazdu prosimy adresować:

Sekretariat XI Zjazdu Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego w Wilnie. Klinika Dermatologiczna U. S. B. Wilno Antokol.

Przewodniczący
(—) Prof. Dr T. Pawlas

Sekretarz
(—) Dr K. Kwiesielewicz

KURS DLA WSPÓŁPRACOWNIKÓW ADMINISTRACJI PISM.

Towarzystwo Wiedzy Prasowej zorganizowało w maju kurs dla współpracowników administracji. Na program kursu, który trwał tydzień — od 8 do 13 maja br. — złożyły się:

1) cykl wykładów z dziedziny zagadnień wydawniczych, obejmujący 24 wykłady po ca 45 minut.

2) 3 lub 4 zebrania seminaryjne, które odbywać się będą w dwóch grupach. I grupa zajmować się będzie zagadnieniami z dziedziny sprzedaży i propagandy sprzedaży, II grupa — zagadnieniami z dziedziny ogłoszeń i propagandy ogłoszeń.

3) Wycieczki do agencji informacyjnej, instytucji kolportażowej i papierni.

Wykłady w godzinach przedpołudniowych (4 godziny dziennie), zebrania seminaryjne i wycieczki w godzinach popołudniowych.

PLAN WYKŁADÓW NA KURSACH DLA WSPÓŁPRACOWNIKÓW ADMINISTRACJI WYDAWNICTW.

I. a) Zagajenie kursu przez prezesa Towarzystwa Wiedzy Prasowej.

b) Wykład inauguracyjny na temat: Powaga i znaczenie zawodu wydawniczego.

II. Przemysł wydawniczy w Polsce.

III. Struktura i organizacja przedsiębiorstwa wydawniczego.

Tematy: Istota produkcji — Działy przedsiębiorstwa wydawniczego. — Schemat organizacyj-

ny. — Stosunek między administracją i redakcją. — Struktura dochodów i wydatków. — Kalkulacja pisma. — Polityka wydawnicza.

IV. **Najważniejsze przepisy prawne, dotyczące przedsiębiorstwa prasowego.**

Prawo prasowe: Ogólna charakterystyka ustawy. — Obowiązki prawne przy zakładaniu pisma. — Obowiązki prawne ciążące na wydawnictwie istniejącym. — Konfiskaty. — Sprostowania. — Kolportaż.

Inne ważniejsze przepisy prawne, dotyczące prasy. Prawo pracy i układ zbiorowy pracy w zawodzie dziennikarskim. — Prawo autorskie. — Przepisy o zbiórkach publicznych. — Ustawa o nieuczciwej konkurencji. — Opodatkowanie prasy: karty rejestracyjne (pisma, kantory), podatek obrotowy, zwolnienie wydawnictw, opodatkowanie drukarń, podatek dochodowy.

V. Papier.

Produkcja, papieroznawstwo (wycieczka do papierni). — Rynek papierniczy, stosunki z hurtownikiem.

VI. Druk.

Technika składu i druku. — Kalkulacja kosztów druku, stosunki między wydawnictwem i drukarnią. — Strona graficzna pisma; ilustracje.

VII. Kolportaż.

Zadania wydziału kolportażowego w wydawnictwie dziennika i czasopisma; polityka kolportażowa: drogi rozchodzenia się pism, stosunki z instytucjami kolportażowymi i kolporterami, rabaty, zwroty (makulatura, magazyn). Obsługa prasy przez „Ruch". — Technika wysyłki: kolej, autobusy, poczta, samoloty.

VIII. Prenumerata.

Zadania i organizacja wydziału prenumeraty w wydawnictwie dziennika i czasopisma. Kartoteka. — Korespondencja z prenumeratorami, reklamacje. — Inkaso (monity, inkaso bezpośrednie, inkaso pocztowe). — Prenumerata zamienna, bezpłatna, ulgi w prenumeracie. — Technika wysyłki: adresowanie, opakowanie, nadawanie, kontrola, organizacja ekspedycji prenumeraty, wysyłka egzemplarzy propagandowych, egzemplarzy z ubiegłych okresów prenumeraty. Współpraca prasy z pocztą. — Służba gazetowa. — Prenumerata pocztowa. — Przekazy rozrachunkowe. — Inkaso pocztowe. — Korespondencja z prenumeratorami. — Kolportaż pocztowy.

IX. Propaganda wydawnicza (sprzedaży i ogłoszeń).

Cele. Środki: egzemplarze okazowe, prospekt, list-argumenty, akwizytor, ogłoszenie, wzmianka, afisz, ulotka, wywieszka, inne. Określenie środowiska poddanego propagandzie. — Źródła adresowe. — Plan propagandy. — Kontrola.

X. Ogłoszenie.

Istota ogłoszenia, jak powinno wyglądać dobre ogłoszenie. — Określenie sfery przypuszczalnych inserentów. — Obsługa inserentów. — Stosunki z biurami ogłoszeń. — Polityka cen i rabatów.

XI. Księgowość i statystyka wydawnicza.

KURS CENTRALNEGO BIURA WCZASÓW

W dniach 11-16 kwietnia rb. odbył się w Warszawie Kurs Centralnego Biura Wczasów dla organizatorów ośrodków wczasów pracowniczych. Celem kursu było pogłębienie i skoordynowanie akcji wczasów letnich dla dorosłych, podejmowanej przez różne czynniki w okresie dorocznych urlopów.

Kurs zgromadził 40 przedstawicieli organizacyj, związków i zakładów pracy. Z prowincji przybyły 22 osoby z 16 miast, z Warszawy — 18 osób. Wybitni znawcy zagadnień wczasów omówili z uczestnikami podstawowe sprawy z tej dziedziny i udzielili wielu informacyj praktycznych w związku z organizacją obozów i letnisk. Dużą uwagę poświęcono formom zajęć kulturalno-oświatowych z myślą o tym, że dla racjonalnego spożytkowania urlopu, obok dobrych warunków zewnętrznych (urządzeń) i dobrej gospodarki, niezbędna jest zmiana trybu życia poprzez obcowanie z przyrodą, rozrywki różnego typu i zajęcia artystyczne czy umysłowe.

Kurs ten był pierwszym ogólnopolskim Kursem poświęconym problemom wczasów letnich. Na rozszerzenie i podniesienie poziomu tej akcji będzie on miał niewątpliwie duży wpływ: zadaniem, które stoi przed uczestnikami jest bowiem nie tylko organizowanie ośrodków urlopowych i bezpośrednie kierowanie nimi, lecz również szkolenie w swoich środowiskach organizacyjnych mniej doświadczonych współpracowników.

PRZYGOTOWANIE WARSZTATÓW PRACY NA WYPADEK KONIECZNOŚCI OBRONY KRAJU

Dziennik Ustaw z dn. 7 kwietnia br. zawiera doniosłe rozporządzenie Rady Ministrów o przygotowaniu w czasie pokoju obrony przeciwlotniczej i przeciwgazowej w dziedzinie budownictwa przemysłowego. Rozporządzenie to zwraca uwagę m. in. na lokalizację zakładów przemysłowych, która powinna unikać większych skupień budynków, unikać punktów łatwej orientacji lotniczej (skrzyżowanie dróg komunikacyjnych itp.). Kolonie robotnicze i urzędnicze należy zakładać conajmniej w odległości 800 km od zakładu przemysłowego. W nowobudowanych zakładach muszą się znajdować wszelkie urządzenia przeciwlotnicze, konstrukcje budynków mają zawierać jak najmniej drzewa i td. Rozporządzenie to, nakładające obowiązek przygotowania w czasie pokoju obrony warsztatów pracy na wypadek akcji wrogiego lotnictwa, posiada poza względami merytorycznymi doniosłe znaczenie moralne, zabezpieczając życie pracowników i normalne funkcjonowanie warsztatów pracy podczas wojny.

II MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA BEZPIECZEŃSTWA PRACY

W końcu października rb. (23-30) odbędzie się w Rzymie i Medjolanie II Międzynarodowa Konferencja Bezpieczeństwa Pracy, która — podobnie jak I z kwietnia 1937 r. w Amsterdamie - będzie miała za zadanie zestawienie porównawcze osiągnięć w tej dziedzinie w poszczególnych krajach oraz zebranie i przeanalizowanie materiału, obrazującego dorobek akcji bezpieczeństwa pracy w latach ostatnich. Program Konferencji obejmuje zagadnienia: organizacji bezpieczeństwa pracy, higieny pracy, akcji propagandowej, statysty-

ki wypadków oraz sprawy wystaw i muzeów bezpieczeństwa pracy.

W Konferencji wezmą udział oficjalni przedstawiciele rządów poszczególnych państw oraz delegaci zgłoszeni przez komitety krajowe, reprezentujące instytucje uczestniczące w akcji bezpieczeństwa pracy, wreszcie delegaci instytucji międzynarodowych, zajmujących się sprawami bezpieczeństwa lub higieny pracy.

ZA DUŻO ZATRUĆ OŁOWIEM...

Zatrucie ołowiem, zajmujące pierwsze miejsce w statystyce chorób zawodowych w Polsce, a także w innych krajach, jak w Anglii, Niemczech i Stanach Zjednoczonych, znajduje się na jednym z pierwszych miejsc na liście chorób zawodowych. Powodem tego jest w dużym stopniu wzrost zastosowania ołowiu w przemyśle. O ile w XIX wieku ogólne wydobycie ołowiu wynosiło 50.000 ton, w 1926 r. wzrosło ono do 1.600.000 ton. Powstało wiele nowych gałęzi produkcji, w których robotnicy narażeni są na zatrucie ołowiem.

Przykładem aktualnym u nas ze względu na motoryzację może być przemysł samochodowy. Według danych Mc Corda, przemysł samochodowy w Stanach Zjednoczonych, który dawniej był niemal zupełnie wolny od zatruć ołowiem, został nawiedzony w sezonie 1934/35 r. prawdziwą epidemią zatruć ołowiem. Liczba wypadków zanotowanych w tym roku wynosiła 4.000. Powodem tego było wprowadzenie metalowych karoseryj o liniach opływowych, w których używa się stopu ołowiu do wypełniania zagłębień po spawaniu elektrycznym poszczególnych części karoserii. Następnie powierzchnia tych stopów podlega szlifowaniu w celu wygładzenia nierówności, przy tym wytwarza się duża ilość pyłu ołowiowego, który wywoływał zatrucia.

Dzięki wprowadzeniu racjonalnych metod zapobiegawczych, polegających z jednej strony na badaniu robotników w celu wykrywania zatruć we wczesnym okresie, z drugiej zaś strony na zwalczaniu zapylenia powietrza ołowiem — udało się już w następnych latach epidemię ołowicy prawie zupełnie opanować.

Innym przykładem wzrastającego zastosowania ołowiu jest przemysł elektrotechniczny, również rozwijający się silnie w Polsce. W ostatnich latach nastąpił szybki wzrost produkcji akumulatorów, bateryjek, kabli, niskotopliwych stopów ołowiu do lutowania przewodników. Często, niestety, metal ten stosowany jest bez należytych środków ostrożności. Jest on zaś tak toksyczny, że w organizmie człowieka, który zmarł wskutek zatrucia ołowiem, stwierdza się zwykle mniej niż 1 gr ołowiu.

KAROL SĘCZYK — OCHRONA ZDROWIA GÓRNIKA — 1939 r., str. XVI + 186.

W jakich warunkach bytowania i pracy upływa życie górników zatrudnionych w kopalniach węgla? Zobrazowaniu tych warunków poświęcona jest książka dra Karola S ę c z y k a: „Ochrona zdrowia górnika", wydana nakładem Instytutu Spraw Społecznych.

W książce tej omówione są szeroko niebezpieczeństwa towarzyszące pracy górnika i sprawy chorób zawodowych. Autor (Naczelnik Wydziału Zdrowia Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego) stawia szereg wniosków co do organizacji lecznictwa i zapobiegania chorobom zawodowym.

Między innymi wypowiada autor następującą opinię:

Przeciętne wydobycie węgla na rębacza i na jedną dniówkę w grudniu 1937 r. wynosiło 9.385 kg. Dzieląc urobek uzyskany przez górnika i ładowaczy, wypadało na robotnika w 1937 r. 5.549 kg; dzieląc przez załogę na dole, wypadało na robotnika 3.016 kg węgla, a przez całą załogę kopalni — wypada 2.015 kg. Jest to bardzo duża ilość wydobycia w porównaniu z innymi kopalniami węgla w świecie, z wyjątkiem Stanów Zjednoczonych A. P., z tym zastrzeżeniem, że śląskie kopalnie nie są tak zmechanizowane jak kopalnie obce, a zwłaszcza amerykańskie.

Fakt niezwykłej wydajności górnika śląskiego, pomimo gorszych warunków pracy niż gdzie indziej, każe się zastanowić nad pytaniem, czy nie nadszedł czas ograniczenia ustawowego wydajności górnika w przodku. Logika faktów mówi, że tak. Każdy silnik roboczy parowy, spalinowy, gazowy czy też elektryczny — ma ściśle określoną przez konstruktora wydajność, której przekroczenie grozi uszkodzeniem silnika, a nawet jego zniszczeniem. Właściciel i nadzór pilnują skrupulatnie, aby praca odbywała się w granicach przewidzianej wydajności silnika. *Czyżby górnika nie należało traktować przynajmniej tak, jak metalowy silnik, który można nabyć dowolnie?* Czyżby górnika należało traktować jako obiekt mniej wartościowy od taniego motoru? Bez wątpienia należy wierzyć, że nadszedł już czas, ażeby technik wspólnie z lekarzem fizjologiem i znawcą higieny pracy, przy uwzględnieniu warunków terenowych, określił maksymalną wydajność pracy górnika w przodku, której nie będzie mógł robotnik przekroczyć.

Akord w pracy kopalnianej, przynoszący rekord wysiłku, uwieńczonego wielką ilością wózków z urobkiem, łamie i niszczy przedwcześnie zdrowie i siły górnika, robi z niego w nieoczekiwanie szybkim czasie inwalidę pracy, wegetującego z łaski renty inwalidzkiej przez długie lata nędzy fizycznej, co jest sprzeczne z interesem ogólnopaństwowym. Higiena pracy żąda ograniczenia wysiłku górnika do pewnych fizjologicznie określonych norm nie tylko z pobudek humanitarnych, ale więcej jeszcze w interesie publicznym.



Redaktor odpowiedzialny: ***Doc. Dr. E. Reicher, Polna 40, Tel. 9.54-54.***
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto P. K. O. 15.785.

Zakł. Graf. „DRUKPRASA", Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40

BISMOHYDROL



biały wodorotlenek bizmutu w zawiesinie olejowej

ENERGICZNY PREPARAT KRĘTKOBÓJCZY BEZ ŻADNYCH SZKODLIWYCH DZIAŁAŃ UBOCZNYCH

szybko poprawia stan ogólny, usuwa zmiany chorobowe miejscowe.

WSTRZYKIWANIA DOMIĘŚNIOWE *od 0,5 cm³*

AMPUŁKI *po 1,5 cm³* SŁOIKI *po 20 cm³*

SERIA KURACYJNA = *15 cm³*

Chem. farm. zakł. L. NASIEROWSKI *Warszawa 22, Kaliska 9*

CALCINAPHT ELEN

SULFONAFTENIAN WAPNIA

ODKAŻA DROGI ODDECHOWE, ROZRZEDZA PLWOCINĘ, UŁATWIA WYKRZTUSZANIE, NIE POWODUJE ZABURZEŃ PRZEWODU POKARMOWEGO

WSKAZANIA:

NIEŻYT DRÓG ODDECHOWYCH, STANY POGRYPOWE, ROZSTRZEŃ OSKRZELI, GRUŹLICA PŁUC.

DAWKOWANIE:

DRAŻETKI: 3 - 4 RAZY DZIENNIE PO 1 - 2
SYROP: 3 - 4 RAZY DZIENNIE PO 1 - 2 ŁYŻECZEK.



Chem. Farm. Zakł. Przem. Handl.
Warszawa 22, ulica Kaliska 9.
L. NASIEROWSKI

PASSIFLORINA

przetwór krajowy

STANDARYZOWANE WYCIĄGI
Z ROŚLIN HODOWANYCH
W SPECJALNYCH WARUNKACH
GLEBY I KLIMATU

DZIAŁA USPAKAJAJĄCO
I PRZECIWSKURCZOWO

WSKAZANIA:

NERWICE
NEURASTENIA
STANY LĘKOWE
ZABURZENIA NERWOWE
W OKRESIE POKWITANIA,
MIESIĄCZKI I PRZEKWITANIA
PRZEMĘCZENIE NERWOWE
BEZSENNOŚĆ NA TLE NERWOWYM



BRAK DZIAŁAŃ UBOCZNYCH
Wystrzegać się naśladownictw

Chem. Farm. Zakł. Przem. - Handl.
Warszawa 22, ul. Kaliska 9
L. NASIEROWSKI